

MOTIVATIE VOOR PSYCHOTHERAPIE

EEN EMPIRISCHE VERKENNING

MOTIVATIE VOOR PSYCHOTHERAPIE

EEN EMPIRISCHE VERKENNING

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE
GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. J. SPERNA WEILAND
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
VRIJDAG 18 JUNI 1982 DES NAMIDDAGS
TE 3.45 UUR

DOOR

HUGO JOSEPH DUIVENVOORDEN

GEBOREN TE LEIDEN



SWETS & ZEITLINGER B.V.

LISSE
1982

PROMOTOREN: PROF. DR. J. H. THIEL
PROF. R. VAN STRIK
CO-REFERENT: PROF. DRS. C. F. VAN DER KLAUW

Omslag H. Veltman

Gedrukt bij Offsetdrukkerij Kanters B.V., Alblasserdam

Copyright 1982 H. J. Duivenvoorden en Swets & Zeitlinger B.V., Lisse

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN 90 265 0418 7

Aan: Truus,
Hidde en Jurgen

Langs deze weg wil ik iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit proefschrift.

Hooggeleerde Thiel, het is een groot voorrecht om u als promotor te hebben. Uw adviezen, opmerkingen en suggesties heb ik altijd als zeer nuttig ervaren, in het bijzonder betuig ik mijn dank dat u de tijd vond, ondanks uw overvolle agenda, het manuscript meerdere malen nauwgezet te lezen. Uw belangstelling en toewijding waren vanaf het prilste begin tot de laatste letter intens. Uw bijdrage tot het welslagen laat zich nauwelijks beschrijven. U wist mij te stimuleren daar waar het nodig was en behoedde mij voor al te scrupuleuze ondernemingen. Onder alle omstandigheden bleef u geduldig. Ik waardeer het bijzonder dat u mij de kans heeft gegeven om mij te bekwamen in de methodologie, data- en statistische analyse technieken.

Hooggeleerde van Strik, u heeft mij op het spoor gebracht hoe een wetenschappelijk onderzoek dient te worden verslagen en mij beschermd tegen overvloedig woordgebruik. Met name heb ik geleerd hoe er "gewied" moet worden. U heeft mij ervan weerhouden om al te boude (statistische) conclusies te trekken c.q. uitspraken te doen. Ik ben u zeer erkentelijk dat u als tweede promotor zich ingezet heeft voor een methodisch-statistisch verantwoord verslag.

Hooggeleerde Verhage, u stond mij immer ter zijde bij de vervulling van mijn hoofdtak: het verrichten en begeleiden van wetenschappelijk onderzoek. Door u heb ik geleerd hoofdzaken van bijzaken te onderscheiden. Door uw stuurkracht heeft u duidelijk bijgedragen aan mijn wetenschappelijke vorming. Daarvoor ben ik u erkentelijk. Dat u mijn manus-

cript kritisch gelezen heeft, en van originele suggesties voorzag welke het manuscript ten goede kwamen, heb ik zeer op prijs gesteld.

Hooggeleerde van der Klauw, ik spreek mijn waardering uit dat u in uw functie als co-referent het manuscript kritisch hebt doorgenomen. Uw opmerkingen heb ik als waardevol ervaren.

H.J.A. Schouten dank ik voor het feit dat hij mijn klankbord is geweest inzake statistische formuleringen. Dat jij steeds bereid was de verschillende versies van het manuscript op zijn statistische merites te lezen, heb ik zeer op prijs gesteld.

Ter oriëntering over motivatie voor psychotherapie heb ik gesprekken gevoerd met twaalf ervaren therapeuten. Zij hebben mij duidelijk op het (onderzoeks-)spoor gezet. Daarvoor wil ik hen bedanken: F. Beenen, J.A. Bruggeman, R.A.F. Evers, H.J. de Kinkelder, G.A. Ladee, mevr. J.V. Ladee-Levy, C.J.S. Sallaerts, mevr. J.A.R. Sanders-Woudstra, J.H. Thiel, R.W. Trijsburg, F. Verhage en J.A.H. v. Woudenberg.

Aan dit onderzoek hebben 23 therapeuten hun bereidwillige medewerking verleend. Zonder hun bijdrage in de rol van beoordelaar had dit proefschrift niet geschreven kunnen worden. Het was voorwaar niet gering wat van hen gevraagd werd. Derhalve wil ik hen hartelijk danken:

Instituut voor Medische Psychotherapie (directeur: Prof. Dr. J.H. Thiel), Rotterdam: mevr. Y. v.d. Berg, A.W. v.d. Bergh, H.W. Djajadiningrat, mevr. Engels, K.J. Lambers, H. ter Meer, H. Methorst, N.J. Nicolai, J.J. Out, S.J. Sallaerts, J.H. Thiel, R.W. Trijsburg, en J.A.H. v. Woudenberg.

Psychotherapeutisch centrum "De Viersprong" (geneesheer-directeur: Dr. P.J. Jongerius), Halsteren: mevr. E.M. Arts-v. Bakel, K. v. Boheemen, R.J.A. Derksen, mevr. M.J. Hobbelen, C. Korthals-Altes, J.L.P. Neetens, en W.E. Vandereycken. Afzonderlijk dient A.J. Hesselink, die de coördinatie van het

project aldaar verzorgde, te worden vermeld.

Sint Joris Gasthuis, afdeling Gedragstherapie (hoofd: Drs. M.G.T. Kwee), Delft: M.G.T. Kwee, H. Raaymakers, F. v.d. Valk.

Mevr. Y. Werkhoven heeft als coördinatrice van de feitelijke uitvoering van het onderzoek zich voortreffelijk van deze taak gekweten. Daarvoor verdient zij alle lof. Ook wil ik haar bedanken voor het verrichten van typewerkzaamheden, evenals mej. M. v.d. Geest. Dank ben ik verschuldigd aan mej. B. Grashoff van het Audiovisueel Centrum, E.U.R., voor de prettige wijze waarop zij aan de soms onmogelijke wensen van mij tegemoet kwam.

Mevr. H. Schut en mevr. S. Boeke hebben het manuscript zeer kritisch gelezen en van commentaar voorzien; daarvoor ben ik hen dankbaar.

Mevr. J. van Valderen-Bastiaans verdient alle waardering voor het verrichten van typewerkzaamheden, temeer daar zij ondanks het hoge tempo buitengewoon accuraat was.

Het was voor mij een genoegen dat de beide paranimfen, E.F. Rancuret en M.G.T. Kwee, zich veel moeite getroost hebben stellingen voor dit proefschrift te bedenken én te formuleren.

Tenslotte, lieve Truus, jou komt alle lof toe mij te hebben gesteund in de moeilijke perioden die ik als promovendus heb moeten doormaken. Bovenal dwing jij bij mij respect af voor de wijze waarop jij accepteerde dat ik menig avond en weekend "boven" was. Dat Hidde mijn activiteiten maar matig kon waarderen bleek uit de meer dan eens gelanceerde, veelzeggende vraag "Moet je wéér werken, pappie?"; en Jurgen betuigde glimlachend zijn instemming met zijn oudere broer.

INHOUD

1.	INLEIDING	1
2.	TERREINVERKENNING	5
2.1.	Inleiding	5
2.2.	Literatuurverkenning	5
2.2.1.	Theorieën over motivatie	5
2.2.1.1.	Psychoanalytische motivatietheorie	5
2.2.1.2.	Motivatietheorie vanuit humanistische psychologie	7
2.2.1.3.	"Expectancy value" theorie	10
2.2.1.4.	Attributietheorie	11
2.2.2.	Motivatie voor psychotherapie	12
2.2.2.1.	Motivatie: het construct	12
2.2.2.2.	Motivatie in relatie tot voorspellervariabelen	16
2.3.	Empirische verkenning: interviews met psychotherapeuten	24
2.4.	Evaluatie	28
3.	OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	31
3.1.	Inleiding	31
3.2.	Probleemstelling	31
3.3.	Personen in het onderzoek	33
3.3.1.	Psychotherapeuten: de beoordelaars	33
3.3.2.	Patiënten: de beoordeelden	34
3.4.	Constructie vragenlijst "Beoordeling Motivatie Therapie" (B.M.T.)	34
3.4.1.	Procedure	34
3.4.2.	Definitieve samenstelling	35
3.5.	Procedure verzameling van gegevens	44

4.	ALGEMENE RESULTATEN: BEOORDELING MOTIVATIE	47
4.1.	Inleiding	47
4.2.	Personen in het onderzoek	47
4.2.1.	Psychotherapeuten: de beoordelaars	47
4.2.2.	Patiënten: de beoordeelden	48
4.2.3.	"Uitvallers" (18)	51
4.3.	Differentiatie tussen M+ en M-	51
4.3.1.	Motivatie: het construct	51
4.3.2.	Biografische gegevens	54
4.3.3.	Eerste indrukken en hulpvraag	56
4.3.4.	Overwegingen rond indicatiestelling	58
4.4.	Evaluatie	63
5.	STRUCTUURBEPALING	65
5.1.	Inleiding	65
5.2.	Mokken analyse methode	66
5.2.1.	Een explicatie	66
5.2.2.	Procedure m.b.t. dichotomisering van items	74
5.2.3.	Mokken analyse methode: toepassingen	74
5.2.3.1.	Patiënten wensen	74
5.2.3.2.	Ik-sterkte	78
5.2.3.3.	Persoonlijkheidskenmerken	83
5.2.3.4.	Interpersoonlijke attractie	88
5.2.3.5.	Voorwaarden voor psychotherapie	90
5.3.	Evaluatie	91
6.	BEOORDELING MOTIVATIE VAN DE PATIENT EN "OBSERVER BIAS" VAN DE THERAPEUT	95
6.1.	Inleiding	95
6.2.	Procedure	96
6.3.	Resultaten	98
6.4.	Evaluatie	99
7.	SECUNDAIRE ANALYSES: DIFFERENTIATIE TUSSEN M+ EN M-	101
7.1.	Inleiding	101

7.2.	Wensen en verwachtingen	102
7.2.1.	Inleiding	102
7.2.2.	Wensen	103
7.2.2.1.	Odds-ratio: een begripsmatige explicatie	103
7.2.2.2.	Procedure	105
7.2.2.3.	Resultaten	106
7.2.2.4.	Discussie	108
7.2.3.	Wensen en verwachtingen m.b.t. deze wensen	108
7.2.3.1.	Maat voor overeenstemming: kappa (κ)	108
7.2.3.2.	Procedure	113
7.2.3.3.	Resultaten	113
7.2.3.4.	Discussie	118
7.2.4.	Verwachtingen t.a.v. methode en effect van behandeling	120
7.2.4.1.	Resultaten	120
7.2.4.2.	Discussie	120
7.3.	Ik-sterkte	122
7.3.1.	Inleiding	122
7.3.2.	Resultaten	123
7.3.3.	Discussie	128
7.4.	Persoonlijkheidskenmerken	129
7.4.1.	Inleiding	129
7.4.2.	Resultaten	129
7.4.3.	Discussie	133
7.4.4.	Heymans' temperamenten typologie	133
7.4.4.1.	Inleiding	133
7.4.4.2.	Resultaten	134
7.4.4.3.	Discussie	136
7.5.	Interpersoonlijke relatie	136
7.5.1.	Inleiding	136
7.5.2.	Interpersoonlijke attractie	136
7.5.3.	YAVIS-patiënten	138
7.5.4.	Leary's Interactieroos	140
7.5.5.	Discussie	142
7.6.	Evaluatie	142

8.	SLOTBESCHOUWING	145
9.	SAMENVATTINGEN	161
9.1.	Samenvatting	161
9.2.	Summary	164
	LITERATUURLIJST	169
	BIJLAGE	175
	CURRICULUM VITAE	194

In het voorstadium van dit onderzoek, nl. tijdens het genereren en het formuleren van de onderzoeksvraag, werd als onderwerp overwogen: indicatiestelling voor psychotherapie. Hoe komt een beslissing tot stand om voor een patiënt al dan niet psychotherapie te indiceren? Wij zijn echter van deze vraagstelling afgestapt, vooral doordat deze te weinig ingeperkt is. Wij hebben ons gericht op een onderwerp dat een of meer essentiële ingrediënten met betrekking tot indicatiestelling voor psychotherapie omvat. Dit bleek niet moeilijk te zijn, als men uitgaat van de stelling dat positieve motivatie van de patiënt voor therapie een belangrijke voorwaarde is voor een succesvolle behandeling (zie onder meer Appelbaum, 1972; Sifneos, 1972; Strupp, 1972; Meltzoff en Kornreich, 1970). Derhalve hebben wij patiënten motivatie voor psychotherapie als onderwerp van deze studie gekozen. Motivatie manifesteert zich in de interactie tussen therapeut en patiënt en de therapeut verdisconteert zijn oordeel over de motivatie van de patiënt in de indicatiestelling. In dit onderzoek gaan wij uit van de therapeut als informatiebron.

Het onderzoek is erop gericht zicht te krijgen op het construct "motivatie" voor psychotherapie; daarbij worden de factoren opgespoord die een rol spelen in de oordeelsvorming van de therapeut betreffende de motivatie van de patiënt. Deze tweeledige doelstelling kan niet stringent worden aangehouden, omdat niet altijd vaststaat of een bepaalde variabele als een indicator fungeert of dient te worden beschouwd als een operationalisatie van het construct "motivatie". Na de literatuur over motivatie voor psychotherapie te hebben verkend, is ons gebleken dat

in empirisch-psychologisch opzicht het onderzoeksterrein relatief onbetreden is. Om dit terrein op systematische wijze te ontginnen, richten wij ons op het opsporen van relevante factoren en het empirisch schatten van het gewicht van deze factoren met betrekking tot het oordeel van de therapeut over motivatie; inherent hieraan is de bepaling van de structuur c.q. complexiteit van desbetreffende factoren. In concrete termen geformuleerd: therapeut A vindt een bepaalde patiënt gemotiveerd voor therapie omdat deze denkt in termen van psychologische problemen, therapeut B vindt een patiënt gemotiveerd in dien hij zich wil houden aan de voor hem noodzakelijke en gewenste voorwaarden voor therapie, therapeut C acht een patiënt gemotiveerd vanwege de (hoge) lijdensdruk. Enkele voorbeelden van een negatief oordeel over motivatie zouden kunnen zijn: patiënt X wil (eigenlijk) alleen een medicamenteuze behandeling terwijl hij bovendien moeite heeft om actief tijdens de behandeling mee te werken, patiënt Y heeft als zijn wens (impliciet of expliciet) te kennen gegeven dat de therapeut bepaalde moeilijke beslissingen fiatteert, terwijl hij bovendien weinig vertrouwen in de therapiemethode heeft.

Het onderzoek is voornamelijk verkennend van karakter. Het leek daarom gewenst het onderzoek te doen plaatsvinden in een klein aantal psychotherapeutische instituten met het doel na te gaan hoe het er in de dagelijkse praktijk aan toegaat. Dit impliceert dat er geen hypothesen zullen worden getoetst. De kern van het onderzoek draait in feite om de beantwoording van de vraag:

Kunnen er factoren worden aangewezen welke van belang zijn in het oordeel van de therapeut dat een bepaalde patiënt gemotiveerd dan wel ongemotiveerd voor psychotherapeutische behandeling is?

Expliciet zij vermeld dat buiten de onderzoeksvraagstelling valt of een patiënt gemotiveerd is voor (intake-)onderzoek, evenals motivatie voor continuering en terminering van behandeling.

Opsporing van factoren welke mogelijk op een of andere wijze gerelateerd zijn aan het oordeel van de therapeut over motivatie voor psychotherapie, heeft plaatsgevonden op grond van een verkenning middels de bestudering van literatuur, en bovendien - om te voorkomen dat wij in een vroeg stadium belangrijke factoren over het hoofd zouden zien - middels gesprekken met ervaren therapeuten. De bevindingen worden weergegeven in hoofdstuk 2. De specifieke probleemstelling, de opzet en uitvoering van het onderzoek komen in hoofdstuk 3 aan de orde. In hoofdstuk 4 worden enige algemene resultaten beschreven; deze betreffen de selectie van therapeuten als beoordelaars en patiënten als beoordeelde voor de data- en statistische analyse en tevens de relevantie van biografische gegevens en de invloed van eerste (psychologische) indrukken op het oordeel van de therapeut over motivatie.

Structuurbepaling van enkele begrippen c.q. kenmerken wordt beschreven in hoofdstuk 5; het gaat voornamelijk om persoonlijkheidskenmerken en het begrip "Ik-sterkte", zoals doorgaans door psychoanalytici gehanteerd.

In hoofdstuk 6 wordt aandacht geschonken aan mogelijke "bias" van de therapeuten als beoordelaars.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 7 nagegaan of aan de factoren, voortvloeiend uit de structuurbepaling van bepaalde begrippen c.q. kenmerken, betekenis toegekend mag worden met betrekking tot het oordeel van de therapeut over motivatie.

In hoofdstuk 8 worden de methodologische voetangels en klemmen van dit onderzoek beschouwd. Tevens wordt een model voor voortgezet onderzoek gepresenteerd.

Het geheel wordt samengevat in hoofdstuk 9.

HOOFDSTUK 2. TERREINVERKENNING

2.1. INLEIDING

Het begrip "motivatie" kan niet los gezien worden van het therapeutisch referentiekader. In dit hoofdstuk wordt allereerst een beknopte uiteenzetting gegeven over de meest bekende theorieën voorzover deze relevant zijn ten aanzien van motivatie voor psychotherapie (par. 2.2.1.). Vervolgens wordt de literatuur gereleveerd voorzover deze het construct motivatie en voorspellersvariabelen betreft welke van belang zouden kunnen zijn voor het oordeel van de therapeut over motivatie van de patiënt (par. 2.2.2.). Een verkenning door middel van interviews met psychotherapeuten wordt beschreven in par. 2.3. Het een en ander wordt geëvalueerd in par. 2.4.

2.2. LITERATUURVERKENNING

2.2.1. Theorieën over motivatie

2.2.1.1. Psychoanalytische motivatietheorie.

Freuds psychoanalytische psychologie is erop gericht een theorie over menselijke gedragingen te ontwikkelen waarin de determinanten van die gedragingen gespecificeerd worden. In het bijzonder ging zijn belangstelling uit naar motieven als determinanten. Maar een motivationele verklaring op zich is niet een voldoende voorwaarde om gedragingen te verklaren omdat het motief zelf en de intensiteit ervan ook verklaring behoeft: het gaat om het motief achter het motief (Solomon, 1974).

In het topografisch model van Freud (zie onder meer Sandler et al., 1971) kunnen motieven als volgt worden onder-

scheiden: (a) bewust, (b) voorbewust en (c) onbewust. Tot het *bewuste* behoren die psychische fenomenen waarvan men zich bewust is (bijvoorbeeld gedachten, fantasieën, gevoelens, percepties, etc.). Het *voorbewuste* behelst datgene wat men niet bewust is maar wat men gemakkelijk bewust kan worden. Het *onbewuste* uit zich via dromen, Fehlleistungen, symptomen, etc.; men kan zich hiervan middels psychoanalyse bewust worden. In het latere, structurele model (Freud, 1923) is motivatie de resultante van driftmatige krachten, gewetensfuncties en eisen uit de werkelijkheid, dit alles onder de integrerende functies van het Ego dat afweermechanismen tot zijn beschikking heeft.

Volgens Klein (1967) is motivatie meer dan alleen maar een drijfveer. Voorzover motivatie kennis impliceert is deze ook cognitief. Motivatie geeft betekenis en inhoud aan wat wij doen en laten en het kan ons ertoe bewegen te herzien wat wij denken te weten. Men wordt gemotiveerd door externe en interne stimulatie. Externe stimulatie kan gedragingen activeren, maar is slechts dan motivationeel te noemen wanneer de gedragingen betekenis hebben. Dit geldt ook voor interne stimulatie, dat wil zeggen indien men denkt in termen van een drijfveer als een intern gegenereerde stimulus, dan krijgt de drijfveer slechts motivationele betekenis wanneer deze cognitief gerepresenteerd wordt in bijvoorbeeld een wens; zo'n wens is dan directief.

Rado (1975) postuleert dat er een beperkt aantal vormen van motivatie is, en dat deze in wezen voor iedereen identiek zijn. De betreffende vormen kunnen slechts begrepen worden indien men de diverse ontwikkelingsstadia van het individu in ogenschouw neemt. Hij onderscheidt vier categorieën die hij op de situatie van de hulpverlening toespitst:

- 1) het laagste niveau van motivatie is vergelijkbaar met die van de vroege kindertijd. De motivatie, inherent aan deze fase, is magisch verlangen ("magic craving"): "The doctor must not only cure me, he must do everything for me by magic".

- 2) Het tweede niveau is een gevolg van een regressie naar de periode van het kinderlijke vertrouwen in de ouders ("parental invocation"): "When an adult patient feels like a helpless child he seeks parental help and, therefore, parentifies the physician".
- 3) Een motivationeel hoog niveau is adaptatie door middel van "cooperative striving": "I am ready to cooperate with the doctor. I must learn how to help myself and do this for myself".
- 4) Een volwassen, realistische attitude van zelfvertrouwen is het hoogst motivationele niveau. Het culmineert in de vraag: "What can I do for myself? How can I best use the help of the doctor?".

De patiënt kan tijdens de behandeling van een hoger naar een lager niveau regrediëren en, omgekeerd, van een lager naar een hoger niveau opklimmen, meent Rado.

2.2.1.2. Motivatietheorie vanuit de humanistische psychologie

Een motivatietheorie vanuit de humanistische psychologie is ontwikkeld door Maslow. Maslow (1943, 1954) geeft allereerst een algemene beschouwing. Hij formuleert dertien proposities, waarvan de acht voor dit onderzoek meest relevante hieronder vermeld worden:

- 1) De theorie moet de uiteindelijke doelen accentueren en op doeleinden eerder dan op middelen daartoe gericht zijn. Maslow noemt onder meer als voorbeeld het verschijnsel van symptomen. Bestudering van symptomen op zich is niet belangrijk, het gaat veeleer om de betekenis achter de symptomen. Vragen die gesteld moeten worden, zijn: waar is een symptoom een uitdrukking van? Wat is de diepere betekenis hiervan? Volgens hem moet ruimte vrijgemaakt worden voor onbewuste motivatie.
- 2) Er zijn verschillende culturele wegen die tot hetzelfde doel leiden. Derhalve zijn bewuste, specifieke, lokaal-culturele wensen niet zo fundamenteel als de onbewuste doelen, waar iedereen naar streeft.

- 3) Motivatie heeft een kanaliserende functie waarin meerdere basisbehoeften simultaan tot expressie gebracht c.q. bevredigd kunnen worden. Gedragingen zijn in motivationeel opzicht multipel gedetermineerd.
- 4) De behoeften van het individu zijn hiërarchisch geordend. Het vóórkomen van een behoefte impliceert doorgaans de bevrediging van een andere "lagere" behoefte.
- 5) De waarschijnlijkheid van voorkomen van verschillende behoeften kan enorm variëren. Verder is van belang dat de behoeften per niveau onafhankelijk van elkaar zijn. De behoeften zijn hiërarchisch naar specificiteit in te delen.
- 6) De situatie waarin het individu verkeert dient in de beschouwing te worden betrokken, hoewel de situatie alléén zelden een voldoende voorwaarde voor de verklaring van het gedrag is.
- 7) Niet alleen moet het individu in zijn totaliteit beschouwd worden maar evenzeer dient rekening te worden gehouden met mogelijke, geïsoleerde, specifieke reacties. Dit komt voor wanneer een bepaalde situatie (zeer) bedreigend is of wanneer de betrokkene een dergelijke situatie niet het hoofd kan bieden.
- 8) Een motivatietheorie is niet een equivalent voor een gedragstheorie. Motivaties behelzen slechts één facet van gedragsdeterminanten. Ofschoon gedrag nagenoeg altijd gemotiveerd is, is gedrag evenzeer biologisch, cultureel en situationeel bepaald.

Een kanttekening ten aanzien van de bovenvermelde proposities dient te worden gemaakt: begrippen als "drives", behoeften en motivatie worden afwisselend, zonder enige vorm van coherentie gebruikt. Zij lijken uitwisselbaar te zijn. In meer specifieke zin gesteld: Maslow gaat uit van vijf basisbehoeften. Deze zijn:

- 1) Fysiologische behoeften: Zij zijn in vergelijking met de overige behoeften relatief onafhankelijk. Indien alle behoeften onbevredigd blijven en het individu gedomineerd

wordt door de behoeftebevrediging op fysiologisch niveau, dan verdwijnen alle overige behoeften naar de achtergrond; in feite komt men niet aan de bevrediging van andere behoeften toe. Kenmerkend voor dit niveau is bijvoorbeeld de behoefte om de honger te stillen of de dorst te lessen. Als een individu op dit niveau niet bevredigd is, heeft hij verder nergens behoefte meer aan en is al het overige onbelangrijk. Indien de fysiologische behoeften geen problemen opleveren, zullen andere, "hogere" behoeften aan bod komen.

- 2) Behoefte aan veiligheid: Evenals in het geval van de fysiologische behoeften kan iemands leven (nagenoeg) volledig in beslag worden genomen door de behoefte aan veiligheid. Deze kan het gedrag in hoge mate determineren. Typisch voor degene die gedomineerd wordt door een overmatige behoefte aan veiligheid, is bijvoorbeeld dat het bekende geprefereerd wordt boven het onbekende. Dit komt tot expressie in een behoefte aan een sterke persoon (bijvoorbeeld leidersfiguur) op wie gerekend kan worden. In extreme mate komt de behoefte aan veiligheid tot uitdrukking bij onder meer obsessief-compulsieve patiënten. Hun leven is zodanig "ingericht" dat niets onverwachts meer mogelijk is: al het onverwachte is bedreigend.
- 3) Behoefte aan liefde: Indien voldaan is aan beide voornoemde behoeften, dan komt de behoefte aan liefde, genegenheid, affectie en "het gevoel erbij te horen" op. Maslow meent dat deprivatie van deze behoefte de kern van onaangepastheid vormt en dat ernstige psychopathologie hier ontstaat. Expliciet zij vermeld dat deze vorm van behoefte betrekking heeft op het ontvangen zowel als het geven van liefde.
- 4) Behoefte aan erkenning, waardering: Iedereen, uitzonderingen daargelaten, heeft behoefte aan zelfrespect, zelfwaardering en waardering door anderen. Gratificatie van deze behoeften leidt tot zelfvertrouwen en tot het gevoel nuttig en bekwaam te zijn. Wordt gratificatie van deze

behoeften op enigerlei wijze geblokkeerd, dan kunnen gevoelens van minderwaardigheid, van zwakte en hulpeloosheid hun intrede doen.

- 5) Behoeftte aan zelfontplooiing, zelfactualisatie: Dit is het hoogste niveau van gratificatie van behoeften en de gratificatie gebeurt voor een ieder op zijn eigen, specifieke wijze. Algemeen geformuleerd: een individu heeft de behoefte om datgene wat hij kan zijn, ook echt te worden. Maslow poneert dat de behoeften niet noodzakelijkerwijs bewust zijn. In het algemeen zijn ze onbewust. De onbewuste motivaties zijn van groter gewicht dan de bewuste. Ook is hij van mening dat de onbewuste motivatie met daarvoor geschikte technieken bewust gemaakt kan worden. Maslow (1954) stelt eveneens dat de meeste gedragingen door meerdere motivaties bepaald worden. Binnen het gebied van de motivaties lijkt gedrag gedetermineerd te worden door verschillende zo niet alle basisbehoeften tegelijk.

2.2.1.3. "Expectancy value" theorie.

De tot dusverre besproken theorieën over motivatie benadrukken de intrapsychische dynamiek. Tot het kader van de "expectancy value" theorie behoort in feite de sociale leertheorie, welke stelt dat de belangrijke gedragsdeterminanten zijn aangeleerd en dat perceptie van het gedrag van andere personen het leerproces beïnvloeden. Ook stelt de sociale leertheorie dat gedrag situationeel bepaald is. Rotter (1954) heeft een sociale leertheorie ontwikkeld vanuit het perspectief van de "expectancy value" theorie, toegesneden op het terrein van de psychotherapie: gedrag wordt gedetermineerd door de verwachting een bepaald doel te bereiken en het belang dat men daar aan hecht. Gedrag is dus een functie van verwachtingen en subjectieve belangrijkheid van het doel. Met betrekking tot psychotherapie wordt gesteld dat "maladjustment" een leerprobleem is. Wat met psychotherapie wordt nagestreefd is het afleren van ongewenste gedragingen en het aanleren van gewenste gedragingen. Succesvol verloop van het

af- respectievelijk aanleren van gedragingen wordt bepaald door patiënts verwachtingen en de subjectieve belangrijkheid van wat hij zich ten doel gesteld heeft. Volgens de sociale leertheorieën kunnen verwachtingen laag zijn omdat de patiënt niet de noodzakelijke vaardigheden (skills) aangeleerd heeft. Verder is belangrijk welk doel de patiënt nastreeft. Doelen kunnen onbereikbaar zijn omdat ze te hoog gesteld zijn en zij kunnen tegenstrijdig zijn. Een voorbeeld van de laatste is dat de patiënt die in hoge mate zowel onafhankelijk als afhankelijk wil zijn, ondervindt dat hetzelfde gedrag consonant is met zijn onafhankelijkheidsbehoeften, maar dissonant met zijn afhankelijkheidsbehoeften.

2.2.1.4. Attributietheorie

Attributietheorie (zie bijvoorbeeld Weiner, 1980), is een cognitieve benadering. De assumptie achter deze theorie is dat, sprekend over psychotherapie, de patiënt de behoefte heeft om zichzelf en de omgeving causaal te interpreteren. Een voorbeeld moge dit verhelderen: een patiënt heeft maagklachten. De attributietheorieën stellen de vraag: waaraan schrijft deze patiënt zijn maagklachten toe? De causale attributie kan intern en extern zijn:

- a) interne attributie: de patiënt denkt dat zijn maagklachten te maken hebben met persoonlijke problemen (behoefte aan afhankelijkheid, behoefte om aardig te worden gevonden en het gevoel niet te worden erkend);
- b) externe attributie (factoren buiten de persoon): de klachten zijn somatogeen. De huisarts moet geneesmiddelen voorschrijven en als dat niet helpt, moet er operatief worden ingegrepen.
- c) Ook mengvormen van interne en externe attributie kunnen voorkomen.

De onder (a) beschreven patiënt zal vinden dat een psychotherapeut hierin hulp kan bieden. Gevolg daarvan kan zijn dat deze patiënt reële verwachtingen met betrekking tot het effect van de behandeling heeft. Vanuit dit standpunt bekeken

kan zijn motivatie voor psychotherapie positief genoemd worden. De onder (b) beschreven patiënt vindt dat de klachten niets met persoonlijke problemen te maken hebben. Mocht hij desondanks op advies van de huisarts in contact komen met een psychotherapeut, dan zal hij naar alle waarschijnlijkheid geen vertrouwen in de behandeling hebben. Diens motivatie is dus laag.

2.2.2. Motivatie voor psychotherapie

2.2.2.1. Motivatie: het construct.

Zoals reeds eerder (zie hoofdstuk 1) gesteld is, is het onderwerp van dit onderzoek niet motivatie in het algemeen, maar patiënts motivatie voor psychotherapie. Motivatie voor psychotherapie is een fenomeen met meerdere facetten: de patiënt kan gemotiveerd zijn om hulp te zoeken en hij kan gemotiveerd zijn voor een specifieke therapiemethode etc. Tevens zij aangegeven dat patiënts motivatie voor therapie niet noodzakelijkerwijs behoeft samen te vallen met initiële motivatie: patiënts motivatie kan in het begin gering zijn maar deze kan groeien naarmate de behandeling vordert, en omgekeerd, de patiënt kan goed gemotiveerd starten, doch na een aantal sessies kan dit ten nadele veranderen. Initiële motivatie voor therapie is overigens niet identiek aan motivatie tijdens de intake.

Wanneer we bedenken dat patiënts motivatie kan veranderen, is het van belang zicht te krijgen op de bestendigheid van patiënts motivatie. Een zeker niveau van persistentie is een vereiste (Peterfreund en Francescini, 1973).

Dean (1958) heeft tentatief een schaal geconstrueerd waarbinnen de patiënt naar zijn motivatie ingedeeld wordt: "At the extreme is active hostility in which aggression is quickly en readily transferred to the therapist and minimal motivation to remain in contact exists. Next up the scale is "negativism" in which the therapeutic attempts are actively turned aside by the client. The motivation is more "I'll

show you and the others" rather than escape. Next is "passive resistance". These clients are often prompt and unfailing for appointments; but they just sit. They do their duty by physical presence. Gaining a monosyllabic response is a process of extraction. Perhaps motivation here is stalemated in ambivalence. Next comes "neutrality" in which mild curiosity is a positive factor. They have not yet conceded that what others say about their behavior may be true. These are often the helpful (?) ones who "desire to do anything which will help". The group of clients who admit to a problem begins to shade into the traditional form. Some insight or anxiety makes them uncomfortable, but they have not yet achieved a state of urgency about need, or accepted psychotherapy as the form for relief. Lastly, there are the clients who know they have a personal problem and desire help in working it out."

Ook vanuit de psychoanalyse is een aantal publicaties over motivatie verschenen. Een ervan is die van Appelbaum (1972). Zij maakt een onderscheid tussen patiënten motivatie om hulp te zoeken en diens motivatie om te veranderen. Zij stelt ten aanzien van het eerstgenoemde type motivatie: "a conscious wish for help is only a surface manifestation of a pattern of conscious and unconscious wishes, fantasies, expectations, ranging from primitive longings for comfort and nourishment, to mature self-evaluations and reasoned judgements. Included in the mosaic of motives are also wishes not to get involved in the treatment and to defeat, undermine, ridicule the would-be helper. The more the seeking of psychological help is determined by infantile wishes and magical expectations, the more does interest in treatment wane as the person discovers that he must contribute a major share of the work, or when the patient and his family have developed a daunting outlook of the secondary gain of the illness, the gratification afforded by the status quo, the renunciations that may be in the offing for all concerned."

Ten aanzien van het tweede type, namelijk gemotiveerdheid om te veranderen, is het volgens haar noodzakelijk dat de patiënt de volgende kwaliteiten heeft:

- a) angst- en frustratietolerantie moeten op een goed niveau liggen;
- b) het vermogen tot het verdragen van regressie en krenkingen;
- c) in staat zijn om een gevoelsdiepe relatie aan te gaan en te bestendigen;
- d) geïnteresseerd zijn in wat anderen van hem vinden;
- e) het dragen van verantwoordelijkheid voor de eigen problemen;
- f) afhankelijk durven zijn van de therapeut;
- g) het vermogen nieuw verworven kennis en inzicht over zichzelf op te nemen en te gebruiken;
- h) in staat zijn adequaat te reageren op aanbevelingen van de therapeut die de patiënt niet verwacht;
- i) het vermogen ingrijpende crises in het leven adequaat het hoofd te bieden;
- j) het vermogen om gevoelens van liefde en haat ten aanzien van de therapeut te integreren.

Winnicott (1963) is de mening toegedaan dat motivatie niet alleen bestendig dient te zijn, maar ook moet groeien, dat wil zeggen de patiënt gaat meer verantwoordelijkheid voor zijn moeilijkheden dragen. Hij moet het vermogen ontwikkelen om het groeiende inzicht in de persoonlijke conflicten welke aan zijn voorgeschiedenis gerelateerd zijn, in een ander perspectief te zien. De manier waarop de patiënt ingrijpende crises het hoofd biedt, is indicatief voor diens mogelijkheden tot verandering. Evenzeer essentieel is de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties.

Sifneos (1968, 1971, 1972) vindt patiënts motivatie van eminent belang voor de indicatiestelling tot kortdurende psychoanalytische psychotherapie. Met motivatie bedoelt hij niet zozeer dat de patiënt van zijn symptomen af wil maar veeleer de wens heeft om te veranderen. Hij stelt zeven cri-

teria op waarop patiënts motivatie getaxeerd kan worden, te weten:

- 1) de patiënt moet in staat zijn te herkennen dat de symptomen psychologisch van aard zijn;
- 2) de patiënt moet geneigd zijn om introspectief te zijn en een eerlijke en waarheidsgetrouwe weergave van de moeilijkheden naar voren te brengen;
- 3) hij moet de bereidheid tonen actief aan de behandeling mee te werken;
- 4) hij moet nieuwsgierig zijn en de wil hebben zichzelf te begrijpen;
- 5) hij moet bereid zijn de mogelijkheden tot verandering te exploreren, hetgeen nodig is om op een andere, meer adequate wijze de problemen het hoofd te bieden, en bereid zijn tot experimenteren;
- 6) de patiënt moet reële verwachtingen hebben ten aanzien van resultaten van de behandeling;
- 7) hij moet bereid zijn redelijke offers te brengen.

Sifneos vindt dat, wanneer aan zes van deze voorwaarden voldaan is, patiënts motivatie zonder meer goed genoemd mag worden. Twijfelachtig wordt het volgens hem als aan niet meer dan vier voorwaarden beantwoord is.

Het is duidelijk dat in de psychoanalytische methode van psychotherapie het noodzakelijk is een onderscheid te maken tussen patiënts mogelijkheden en kwaliteiten om een behandeling te ondergaan (men denke met name aan diens draagkracht om een behandelingscontract aan te kunnen) en de motivatie daartoe.

Krause (1964, 1967) stelt dat "the more motivated he is, the more he sacrifices in order to participate, the harder he tries to participate adequately, the more adequate his participation is, the more sensitive and attentive he is to his cues in this participation and the more opposed he is to disruptions of treatment, other things being equal".

Wat adequate participatie is, hangt af van het verwachte rolgedrag van de patiënt.

2.2.2.2. Motivatie in relatie tot voorspellervariabelen

Lijdensdruk. Lijdensdruk wordt ervaren als een belangrijk criterium voor het bepalen van motivatie voor psychotherapie, zij het dat dit criterium niet als een voldoende voorwaarde beschouwd mag worden. Het komt voor dat een patiënt uit nood een therapeutische behandeling wil aangaan zonder dat hij er veel vertrouwen in heeft (Rosenthal & Frank, 1956). Freud (1905) meende dat therapie op psychoanalytische grondslag afgeraden moest worden tenzij er duidelijke lijdensdruk was. Zitman (1978) meent dat vele psychoanalytici lijdensdruk als een essentiële, motivatiebepalende factor zien: "Afgaande op de praktijk heb ik de indruk dat motivatie en lijdensdruk door elkaar worden gebruikt of lijdensdruk als een bijzonder soort motivatie wordt gezien".

Lijdensdruk laat zich volgens Badura (1975) onderscheiden van (bewuste) motivatie doordat bewuste motivatie voor therapie de eigen vrijwillige keuze c.q. beslissing is om hulp te zoeken en de actieve bereidheid hieraan mee te werken.

Doelstellingen. In het kader van de indicatiestelling komt ook de doelstelling van de therapie aan de orde en de middelen waarlangs deze kan worden bereikt. Het is niet vanzelfsprekend dat daarover overeenstemming wordt bereikt. Een patiënt stelt zich bijvoorbeeld ten doel alleen van zijn symptomen af te komen en wil daarvoor eigenlijk niet zoveel moeite doen, terwijl de therapeut meent dat de garantie om van de symptomen af te komen het grootst is indien de onderliggende conflicten aangepakt worden. In deze discussie wordt tevens de motivatie gepeild. Er is een aanzienlijke variatie in de mate waarin de patiënt zich realiseert wat hij wil doen: de één lijdt onder zijn symptomen en wil dat de therapeut zich beperkt tot de behandeling van die symptomen, een ander stelt zich nadrukkelijk ten doel meer inzicht in zijn psychologisch functioneren te krijgen en in het bijzonder in die situatie waarin hij permanent stuk loopt. Hieronder wordt getracht een systematische rubricering van mogelijke

doelstellingen aan te brengen (zie onder meer Krause, 1966):

- a) preventie van irreversibele gedragingen, zoals suicide;
- b) vermindering of bij voorkeur oplossen van emotionele spanningen en conflicten;
- c) herziening van attitudes, persoonlijkheidskenmerken, motieven en reacties (bijvoorbeeld schuldgevoelens en rigiditeit);
- d) herstructurering van "coping behaviour" en afweermechanismen in een meer gewenste richting;
- e) het emotioneel doorwerken van voor de persoon ingrijpende veranderingen c.q. levenscrises (men denke aan puberteitsontwikkeling, soms verandering van werkkring, huwelijk en rouwproces);
- f) (meer) inzicht in eigen psychologisch functioneren;
- g) steunend contact hetgeen tot positieve zelfacceptatie kan leiden;
- h) verwijdering of vermindering van (hinderlijke) klachten;
- i) verbetering in de relatie tot partner en gezin.

De indicatiestelling is een onderhandeling die moet leiden tot consensus over doel en middelen. Hierin speelt de motivatie een grote rol. Voorts is voorstelbaar dat een patiënt zich laat motiveren voor een andere doelstelling dan waar hij eigenlijk voor kwam. Motivatie en doelstelling zijn nauw met elkaar verweven. Verandering van doelstelling kan de motivatie beïnvloeden en de motivatie kan de doelstelling (mede) bepalen.

Verwachtingen ten aanzien van de doelstellingen. Er is weinig literatuur over de relatie tussen de doelstelling van de patiënt ten aanzien van de psychotherapie en de verwachting hieromtrent. De doelstelling kan meer of minder expliciet (geformuleerd) zijn, maar veelal is deze verpakt in termen van verwachtingen die impliciet verwijzen naar een doelstelling. Om een voorbeeld te geven: de patiënt verwacht een vorm van gedragstherapie om van de fobische klachten af te komen. In een dergelijke verwachting ligt vaak een doelstelling opgesloten. Kelly (1955) heeft opgesomd wat de patiënt

zoal van de therapie verwacht:

- a) therapie is een doel op zichzelf;
- b) de therapie zorgt voor een stabiele toestand van geestelijke gezondheid;
- c) de therapie is een soort biechten waarin de therapeut een magische rol toebedeeld wordt;
- d) de therapie is een instrument om de sociale omgeving (onder meer partner) te doen veranderen;
- e) de therapie toont aan dat de patiënt niet in staat is zijn eigen rol adequaat te vervullen (bijvoorbeeld ouders hebben problemen met de opvoeding van de kinderen);
- f) therapie is geschikt om problemen rationeel te verklaren;
- g) therapie is het middel om cliënts persoonlijkheid te veranderen;
- h) therapie dient om de reeds op handen zijnde veranderingen in de omgeving te begeleiden en te doen plaatsvinden;
- i) therapie fungeert als "the ultimate state of passivity".

Uit bovengenoemde opsomming van wat de patiënt verwacht blijkt volgens Kelly dat er een duidelijke taak voor de therapeuten weggelegd is, zoals het verstrekken van informatie en het corrigeren van onjuiste informatie c.q. perceptie (Hacker, 1972).

De verwachtingen worden onzes inziens grotendeels bepaald door wat de patiënt van psychotherapie weet. De Swaan (1979) voerde het begrip protoprofessionalisering in: het op de hoogte zijn van wat psychotherapeuten zijn, wat zij willen bereiken en hoe zij te werk gaan. Deze protoprofessionalisering is afhankelijk van opleiding en nabijheid van het psychotherapeutisch milieu.

Verwachtingen ten aanzien van methode en effectiviteit van behandeling. Of een patiënt gemotiveerd is voor psychotherapeutische behandeling heeft ook te maken met patiënts verwachting omtrent methode en effect. Voor sommige onderzoekers (bijvoorbeeld Luborsky & Chandler, 1971) is patiënts verwachting ten aanzien van vooruitgang gelijk te stellen

met motivatie voor de behandeling. Voor de therapeut is het van belang dat de patiënt adequate verwachtingen heeft c.q. verkrijgt door een juiste voorlichting. Ook zouden de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de therapeutische aanpak congruent moeten zijn met die van de therapeut (Stufkens, 1977). Sommige therapeuten zijn het daar gedeeltelijk mee eens: zij menen dat patiënt's verwachting ten aanzien van methode en effect van therapie in het algemeen omschreven moet worden als globaal en vaag (Kelly, 1955; Zucker, 1967).

Rosenthal en Frank (1956) stellen dat patiënten verschillen in de mate waarin zij vertrouwen hebben in het effect van psychotherapie en dat dit vertrouwen van groot gewicht is voor het uiteindelijk effect van de behandeling. Zij menen dat er veelal sprake is van placebo-effecten, dat wil zeggen dezelfde resultaten zouden ook met een andere methode, waar de patiënt vertrouwen in heeft, bereikt worden. Beecher (1955) vond dat het placebo-effect groter was naarmate de stress toenam. Rosenthal en Frank (1956) suggereren verder dat niet alleen positieve verwachtingen de vooruitgang bepalen maar ook dat deze op hun beurt gerelateerd zijn aan patiënt's eerdere ervaringen met artsen en therapeuten. Laatst genoemde auteur (1961) lanceert de "persuasion-and-healing" hypothese: het effect is afhankelijk van de mate waarin de therapeut de patiënt weet te overtuigen van de gewenstheid van het ondergaan van bepaalde therapie. Indien dit gelukt, zou de prognose gunstig zijn.

Cartwright en Cartwright (1958) onderscheiden ten aanzien van patiënt's verwachtingen vier categorieën, te weten:

1. de verwachting c.q. het vertrouwen dat de behandeling effect heeft;
2. de verwachting dat de voorgestelde therapie methode de juiste is;
3. vertrouwen in de therapeut;
4. geloof in zichzelf, in de eigen kwaliteiten.

De meningen over de vraag of de verwachtingen lineair

(Lipkin, 1954; Goldstein, 1960a; Friedman, 1963) dan wel curvilinear (Goldstein en Chipman, 1961) gerelateerd zijn aan het effect van de therapie, zijn duidelijk omstreden. Enkele onderzoekers hebben zelfs geen enkele samenhang tussen beide factoren kunnen opsporen (Goldstein, 1960b; Brady et al., 1960; Martin en Sterne, 1975).

Krause (1966) formuleert het belang van patiënts verwachtingen c.q. het vertrouwen in de therapie als volgt: "the client's beliefs about treatment determine his valuation of the process, and we contend that this valuation is the determinant of his motivation to participate according to his understanding of the client role". Hij meent ook dat, als patiënts verwachtingen op een of andere wijze inadequaat zijn, deze verhelderd c.q. gecorrigeerd dienen te worden, temeer wanneer door deze factor de motivatie geringer zou zijn in vergelijking met die bij adequate verwachtingen. Later is Krause (1968) van dit standpunt teruggekomen, in die zin dat niet zozeer het verhelderen van verwachtingen maar veeleer het (her)formuleren van problemen een motivatieverhogende werking heeft (zie deze par.: *"verwachtingen ten aanzien van rolgedrag"*).

Wilkins (1973a, 1973b) heeft gewezen op het placebo-effect van positieve verwachtingen. Alleen al de verwachting dat de therapie succes zal hebben, reduceert de symptomen. De invloed van patiënts verwachtingen op het effect van therapie is een kwestie van erin geloven, vertrouwen. Een relatie tussen verwachtingen en effect is echter aantoonbaar indien laatstgenoemde variabele door de patiënt zelf wordt geëvalueerd; dit blijkt uit een onderzoek van Bloch et al. (1976). Volgens Frank (1959) verwacht de patiënt meer van de behandeling naarmate de lijdensdruk groter wordt. Frank (1961) poneert de stelling dat de volgende drie factoren positieve verwachtingen induceren:

- 1) culturele factoren: in delen van Amerika (New York, San Francisco) is psychotherapeutische behandeling een algemeen geaccepteerd verschijnsel geworden, hetgeen de drem-

- pel om hulp in die sector te zoeken heeft doen verlagen;
- 2) het scheppen van gunstige verwachtingen tijdens de intake door de therapeut;
 - 3) de mate waarin de patiënt gebukt gaat onder zijn moeilijkheden en klachten (i.e. lijdensdruk).

Wilkins (1973a) onderscheidt twee typen onderzoek: ten eerste "trait research", welke gebaseerd is op reeds bestaande verwachtingen van de patiënten en ten tweede "expectancy research" waarin gezocht wordt naar het effect van het induceren van bepaalde verwachtingen. Wilkins heeft ten aanzien van het tweede type onderzoek een interessant experiment uitgevoerd. Daarin vergeleek hij twee groepen patiënten onder zogenaamde behandelings- en controleconditie. Patiënten behorend tot de behandelingsconditie kregen de instructie dat de behandeling waaraan zij onderworpen zouden worden, een effectieve is, en patiënten onder de controleconditie kregen óf geen instructie óf hen werd verteld dat zij weinig van de behandeling te verwachten hebben. Voorts was er een conditie waarin sommige therapeuten op de hoogte gesteld werden van de onderzoekshypothesen en andere niet. Er blijkt dan een positief verband te bestaan tussen patiënt's verwachting en het effect van therapie, alleen onder de conditie dat de therapeut op de hoogte was van de onderzoekshypothese. Vermeldenswaard is dat de mate van verbetering door de patiënten zelf geëvalueerd werd.

Verwachtingen ten aanzien van rolgedrag. Voor patiënt's motivatie is het van belang te weten of de verwachtingen ten opzichte van zowel zijn eigen rol als die van de therapeut overeenstemmen met de verwachtingen van de therapeut daaromtrent. Dat discrepanties zullen optreden kan men verwachten alleen al op grond van het feit dat vele patiënten niet een eerdere ervaring met psychotherapie hebben gehad en bijgevolg minder zijn geïnformeerd. De therapeut heeft - zoals reeds eerder ter sprake is gebracht - een taak in deze.

De patiënt kan meer of minder gemotiveerd zijn al naar gelang zijn rol meer of minder in overeenstemming is met wat de therapeut aanbiedt. Mocht de patiënt een andere rol moeten vervullen dan hij verwacht, dan is de kans op een geringe motivatie reëel. Iemand die gemotiveerd is, is ook gemotiveerd de rol van patiënt te aanvaarden (Krause, 1966).

Krause (1966) noemt een aantal voorbeelden van afwijkend (rol)gedrag van de patiënt:

- a) de patiënt weigert de "voorgeschreven" rol te accepteren;
- b) mist de capaciteiten om de rol adequaat te kunnen vervullen;
- c) lijkt niet in staat om vrij te associëren;
- d) weigert om over bepaalde moeilijkheden te praten;
- e) vertoont telkens terugkerend, dwangmatige uitvoering van een oneigenlijke rol;
- f) de patiënt interfereert (bijvoorbeeld door middel van storende disrupties);
- g) heeft impulsieve deviaties van de gewenste rol.

Het is evident dat Krause patiënten voor ogen heeft die in psychoanalytische psychotherapie betrokken zijn. Hij noemt enige bronnen waaruit deviaties voortvloeien:

- a) de patiënt is niet op de hoogte van de voorgeschreven rol;
- b) is niet in staat de voorgeschreven rol aan te leren vanwege bijvoorbeeld lichamelijke afwijking, mentale retardatie, onrijpheid, onvoldoende socialisatie;
- c) wil de rol (gedeeltelijk) niet accepteren;
- d) is slechts gepreoccupeerd met bepaalde facetten;
- e) factoren die therapeutisch irrelevant (lijken te) zijn kunnen de patiënt van slag brengen (Krause noemt als voorbeeld verwisseling van kamer);
- f) externe factoren kunnen het rolgedrag van de patiënt ongunstig beïnvloeden;
- g) positieve bekrachtiging van afwijkend rolgedrag en negatieve bekrachtiging van adequaat rolgedrag;
- h) de patiënt volgt een gedragslijn welke afwijkt van de voorgeschreven rol wegens gebrek aan motivatie (zoals de

weerstand om oude gedragspatronen op te geven en het ge-
anticipeerde verlies van secundaire ziekte winst);

- i) kan gemotiveerd zijn voor andere doeleinden dan die welke door de therapeut aangeboden worden;
- j) defensieve weerstand (of verdringing) welke volgens Krause moeilijk aantoonbaar is.

De patiënten hebben doorgaans ook verwachtingen over de rol van de therapeut. Volgens Apfelbaum (1958) zijn de patiënten in drie categorieën in te delen, nl. ten eerste zij die een "nurturant" therapeut verwachten; hij wordt gekenmerkt door de kwaliteiten: leidend, beschermend, zorgzaam; de therapeut neemt de verantwoordelijkheid van de patiënt over. Ten tweede zij die van de model therapeut verwachten dat hij model staat voor hun gedragingen: diplomatiek, goed kunnen luisteren, permissief, non-protectief en niet kritisch. Ten derde, van de therapeut wordt verwacht dat hij kritisch-analytisch en niet toegeeflijk is; de patiënt blijft verantwoordelijk voor zijn eigen doen en laten.

Apfelbaum komt tot enkele frappante bevindingen. De reële vooruitgang van patiënten die een "nurturant" therapeut verwachten is groter dan die van hen die op een model therapeut rekenen; en de mate van verbetering is het geringst onder de patiënten die denken te maken te krijgen met een kritisch-analytische therapeut. Voorts blijkt dat de patiënten die een model therapeut verwachten het langst in therapie blijven. Apfelbaum relateert de resultaten in die zin dat zij toegeeft dat de patiënten met een voorkeur voor "nurturant" therapeuten, in termen van psychopathologie er het ergst aan toe zijn. De minst pathologische patiënten zijn zij die een therapeut verwachten die voor hen model staat.

Interpersoonlijke attractie In 1964 vestigde Schofield de aandacht op de zogenaamde YAVIS-patiënt, welke gekenmerkt wordt door resp. de adjectieven "Young", "Attractive", "Verbal", "Intelligent", en "Successful". Therapeuten krijgen graag dergelijke patiënten in behandeling; zij zijn intro-

spectief en psychological-minded. Door deze attractie groeit een positieve therapeutische relatie, en dat zou uiteindelijk leiden tot gunstige resultaten. Hierin zit de positieve motivatie (impliciet) verweven. Goldstein (1971a, 1971b) heeft zijn research gericht op de zogenaamde HOUND-patiënt; de kenmerken van deze patiënt zijn resp. "Homely", "Old", "Unsuccessful", "Nonverbal" en "Dumb". Van dit type patiënt wordt verwacht dat hij noch introspectief is noch psychologisch kan denken. Goldstein tracht het niveau van de interpersoonlijke attractie van dit type patiënt tot de therapeut op te voeren zodat de patiënt alsnog gemotiveerd wordt.

Laatstgenoemde (1971a, 1971b) vond indicaties dat wanneer de patiënt zich tot de therapeut aangetrokken voelde, hij

- a) minder (bedekte) weerstand heeft;
- b) meer praat;
- c) zichzelf eerder als lijdend beschrijft;
- d) prognostisch goede vooruitzichten heeft.

Identiek waren de resultaten indien de therapeut zich tot de patiënt aangetrokken voelde.

2.3. EMPIRISCHE VERKENNING: INTERVIEWS MET PSYCHOTHERAPEUTEN

Aangezien het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de beoordeling van patiënts motivatie voor psychotherapie door therapeuten, hebben wij nog een andere informatiebron aangeboord: Wij hebben de mening gevraagd van 12 praktiserende therapeuten (psychoanalytici, gedragstherapeuten) door middel van semi-gestructureerde interviews van 1 à 1½ uur. Het ging om de beantwoording van de vraag welke factoren volgens de therapeuten patiënts motivatie voor psychotherapie bepalen c.q. daar invloed op hebben. Deze factoren worden hieronder geordend.

a. Lijdensdruk. Allen stellen nadrukkelijk dat lijdensdruk nauw verweven is met motivatie. Sommigen menen dat acute stress onderscheiden moet worden met chronisch lijden: lang-

durige problematiek gaat samen met positieve motivatie maar incidenteel lijden is ongunstig, althans ten aanzien van lan-gerdurende therapieën.

b. Patiënten wensen en verlangens. De meerderheid van de therapeuten geeft aan dat, wanneer de patiënt de wens heeft een behandeling te ondergaan, dan van gemotiveerdheid gesproken kan worden. Van belang is het onderzoek naar de aard van deze wensen: gaat het erom klachten kwijt te raken of om zicht te krijgen op en een (betere) oplossing te vinden voor het persoonlijk functioneren.

Velen geven aan dat doorgaans niet één maar meerdere motieven een rol spelen. Er zijn patiënten die de motieven van zichzelf verwarren met die van hun partner of andere personen van betekenis (bijvoorbeeld ouders, vrienden). Hierin ligt besloten dat motieven om hulp te vragen tegenstrijdig kunnen zijn. Deze moeten gewogen worden naar belangrijkheid. Enkele therapeuten stellen dat dit proces slechts na een reeks van gesprekken kan plaatsvinden, temeer doordat onbewuste motieven van doorslaggevende betekenis (kunnen) zijn en deze zich moeilijk laten inschatten.

c. Therapiemethode. De psychoanalytici stellen dat voor de psychoanalytische methode echte nieuwsgierigheid en interesse vereist is om inzicht te krijgen in verborgen motieven. Aangegeven wordt dat het vereiste niveau van motivatie therapiegebonden is. Vraagt de patiënt (eigenlijk) om een medicamenteuze c.q. somatische behandeling, dan wordt een psychotherapeutische benadering twijfelachtig. Sommige patiënten zijn pas dan gemotiveerd wanneer uit somatisch onderzoek gebleken is dat er geen somatogene factoren aan de moeilijkheden dan wel symptomen ten grondslag liggen.

d. Verwachtingen van de patiënt. In hun overweging om een patiënt gemotiveerd dan wel ongemotiveerd te vinden, achten de therapeuten de verwachtingen cruciaal. In het al-

gemeen moeten de verwachtingen niet te hoog zijn (zogenaamde magische verwachtingen) en evenmin te laag. Voorts is het volgens hen zinvol om een onderscheid te maken naar vier facetten, nl. de verwachting ten aanzien van:

- 1) de doelstelling, wensen, verlangens, etc.;
- 2) de methode;
- 3) het effect (zogenaamde prognostische verwachtingen);
- 4) het rolgedrag van zowel de therapeut als de patiënt zelf.

e. Patiënten "vermogens". Met name ten aanzien van inzichtgevende therapiemethoden wordt het onderzoek door de therapeut gericht op een aantal eigenschappen die het de patiënt mogelijk maken voordeel te hebben van deze therapiemethode, nl. nieuwsgierigheid, introspectie, associatief denken, flexibiliteit van de persoon, angst- en frustratietolerantie, kwaliteit van vroegere persoonlijke relaties, onderscheid kunnen maken tussen realiteit en fantasie, aard en sterkte van weerstand, externaliseren en ageren. Het is enerzijds deze groep eigenschappen die is verbonden met de motivatie voor psychotherapie en deze mede bepaalt; anderzijds kan het oordeel van de therapeut over de motivatie ook beïnvloed worden door zijn oordeel over de "Ik-sterkte" van de patiënt. In het beoordelingsonderzoek zal vooral dit laatste aspect aan de orde komen.

f. Bereidheid offers te brengen. Vrijwel iedere therapeut vindt de bereidheid offers te brengen een fundamentele indicator voor gemotiveerdheid. De vraag is of de patiënt bereid is zich te houden aan de gewenste en noodzakelijke voorwaarden voor psychotherapie. De patiënt moet de bereidheid tonen een werkbaar contract te accepteren. Uitgesloten worden derhalve patiënten die zich hieraan niet willen of kunnen houden. Ook indicatief voor de bereidheid is of, voorzover van toepassing, de patiënt wijzigingen in zijn agenda wil maken en uren wil vrijmaken. Negatief is indien de patiënt (er) weinig tijd (voor over) heeft. Een indruk van patiënten's moti-

vatie kan men ook verkrijgen door te informeren naar de moeite die hij zich getroost heeft om met de therapeut c.q. het instituut in contact te komen. De mate waarin hij zijn voelhorens heeft uitgestoken alvorens te beslissen eventueel in therapie te gaan, is positief voor motivatie.

g. Interpersoonlijke attractie. Meerdere malen is ter sprake geweest dat de therapeut het gevoel moet hebben dat de patiënt met hem zou willen samenwerken, alsmede dat de therapeut met de patiënt wil samenwerken. Beide factoren hebben ongetwijfeld invloed op het oordeel van de therapeut over patiënts motivatie.

h. Perceptie ten aanzien van therapie. Het is niet ongebruikelijk dat de patiënt een onjuist beeld heeft van wat psychotherapie in feite is. Indien we mogen aannemen dat patiënts verwachtingen afgestemd zijn op het beeld dat hij hiervan heeft dan lijken de vooruitzichten op een betrouwbaar inzicht in diens motivatie niet gunstig. Het is de taak van de therapeut om, alvorens een oordeel uit te spreken over de motivatie, het beeld dat de patiënt van therapie heeft, te corrigeren.

i. Secundaire ziektewinst. Alle factoren die secundaire ziektewinst inhouden dienen te worden onderzocht op de vraag of zij een belemmering voor positieve motivatie zijn. De winst betreft alle gratificatie, in het sociale contact aan ziekte verbonden: meer belangstelling, hulp, steun, het ontslagen zijn van verplichtingen, genot van uitkeringen en rente (Thiel, 1981).

j. Verwijzing. Veel hangt er van af hoe de verwijzing of de aanmelding tot stand is gekomen: de patiënt die zich aanmeldt uit eigen initiatief, is anders gemotiveerd dan de patiënt die verwezen is en daar zelf weinig aan toe te voegen heeft.

k. Bestendigheid van patiënts motivatie. Veelal is moeilijk te herkennen dan wel te peilen hoe het staat met de bestendigheid van de motivatie voor met name psychotherapie "on analytic lines" en psychoanalyse. Genoemd is onder andere dat men moet letten op het interpersoonlijk functioneren in de diverse ontwikkelingsstadia. Dit is belangrijk omdat hieraan de draagkracht van patiënts motivatie ontleend kan worden.

l. Motiveerbaarheid. Een patiënt kan aanvankelijk weinig gemotiveerd zijn maar hij is mogelijk te motiveren. Dit aspect dient in het beoordelingsproces van de therapeut te worden betrokken. Een gedragstherapeut geeft te kennen soms genoeg te nemen met een minimale bereidheid van de patiënt om aan zijn problemen te werken, in het vertrouwen dat de motivatie in de loop van de tijd zal groeien. De patiënt moet de tijd gegund worden om voor zichzelf tot een meer gefundeerd oordeel te komen.

Afsluitend merken we op dat de therapeut zich de gronden waarop hij patiënts motivatie beoordeelt, niet bewust hoeft te zijn. Het is volgens velen aannemelijk dat irrationele c.q. onbewuste motieven van de therapeut een rol spelen in het beoordelingsproces.

2.4. EVALUATIE

Uit de verkenning middels de literatuurstudie en de interviews met de therapeuten blijkt dat het begrip motivatie complex is. Het is zinvol geweest dat vanuit twee invalshoeken getracht is meer zicht op het begrip motivatie te verkrijgen en voorspellersvariabelen op te sporen. Gezien de (globale) vraagstelling van dit onderzoek (zie hoofdstuk 1) is gezocht naar:

- a. factoren die relevant zijn voor het construct motivatie;
- b. factoren die naar alle waarschijnlijkheid voorspellende

waarde hebben met betrekking tot patiënts motivatie voor psychotherapie.

Ad a.: Uit de literatuurstudie kan geconcludeerd worden dat alleen Krause zich hierin heeft verdiept. Hij heeft een vragenlijst geconstrueerd, geheten "Client Behaviour Inventory", waarin patiënts motivatie voor psychotherapie gemeten wordt (zie hoofdstuk 3, par. 3.4.2.).

Ad b.: de volgende factoren kwamen als voorspellervariabelen naar voren:

- Lijdensdruk: de kans op een positief oordeel over de motivatie neemt toe, naarmate de lijdensdruk groter is.
- Bereidheid offers te brengen: motivatie wordt getaxeerd naar de mate waarin de patiënt bereid is offers te brengen in tijd, inspanning en geld.
- Secundaire ziektewinst: voor een positief oordeel over motivatie mag de secundaire ziektewinst niet al te substantiële vormen aannemen. Bovendien dient de secundaire ziektewinst voor verandering vatbaar te zijn.
- Indicatiestelling: de eisen aan de motivatie gesteld hangen af van de indicatiestelling. Voor de meer intensieve therapiemethoden (onder meer psychotherapie op psychoanalytische grondslag) wordt meer van patiënts motivatie verlangd.
- Doelstelling: het is van belang dat er een consensus ontstaat tussen de doelstelling van de patiënt en die van de therapeut.
- Verwachting ten aanzien van de methode en effectiviteit van de therapie: het vertrouwen dat de patiënt heeft bepaalt mede de kans op een positief oordeel over motivatie.
- Consensus ten aanzien van rolgedrag: overeenstemming tussen de therapeut en de patiënt welke rol door de patiënt vervuld moet worden, verhoogt de kans op een positief oordeel.
- Interpersoonlijke attractie: doet de kans op een positief oordeel over motivatie toenemen.

HOOFDSTUK 3. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK.

3.1. INLEIDING

Eerst wordt de probleemstelling en de opzet van het onderzoek globaal uiteengezet, waarna de onderzoeksvraagstelling wordt geformuleerd (par. 3.2.). Enkele gegevens van de therapeuten als beoordelaars en de patiënten als beoordeelden worden in paragraaf 3.3. gepresenteerd. De constructie van de vragenlijst "Beoordeling Motivatie Therapie" (B.M.T.) wordt in extenso beschreven in paragraaf 3.4., terwijl in paragraaf 3.5. de procedure inzake de verzameling van de onderzoeksgegevens aan de orde komt.

3.2. PROBLEEMSTELLING

Uit verkenning middels literatuurstudie en interviews met therapeuten komt een grote hoeveelheid factoren naar voren die de motivatie van de patiënt voor psychotherapie en het oordeel van de therapeut over patiënt's motivatie bepaalt. Tot nu toe is geen poging ondernomen om de factoren die inzake de motivatie een rol spelen, te inventariseren en te integreren. Ook is er geen inzicht in de structuur van de factoren onderling, evenmin in de relatie tussen deze factoren en motivatie. Derhalve is een hypothese toetsend onderzoek niet uitvoerbaar. Het onderzoek kreeg deels een descriptief, deels een exploratief karakter.

Het onderzoek betreft de beoordeling door psychotherapeuten van de motivatie van patiënten die zich aanmelden voor psychotherapie. De bedoeling is dat de psychotherapeuten meerdere patiënten met wie zij intakegesprekken hebben gevoerd, beoordelen. De voordelen van een dergelijke aanpak

zijn de volgende:

- 1) Het beantwoordt aan de realiteit van de praktijk; de therapeuten nemen doorgaans in de loop van de tijd bij meerdere patiënten een intake af.
- 2) Het is in principe mogelijk, zij het indirect, beoordeelbare effecten van de therapeuten op te sporen wanneer zij meerdere patiënten beoordelen, dat wil zeggen therapeutafhankelijke beoordelingen kunnen worden geanalyseerd.

De beoordeling door de therapeut van patiënt's motivatie voor therapie dient te worden onderscheiden van de indicatiestelling tot psychotherapie. Aangezien (beoordeling op) motivatie als een van de essentiële ingrediënten voor indicatiestelling beschouwd wordt, willen wij hierover kort uitweiden. Theoretisch zijn er vier mogelijkheden:

- 1) Motivatie: positief, indicatiestelling: positief. Deze mogelijkheid komt zonder twijfel veelvuldig voor.
- 2) Motivatie: positief, indicatiestelling: negatief. Dit hoort tot de reële mogelijkheden. Men behoeft zich slechts in te denken dat de instelling en bereidheid voldoende is maar de psychische draagkracht tekortschiet. Een ander voorbeeld is dat er vooralsnog geen therapiemethode bestaat die aansluit bij de problematiek.
- 3) Motivatie: negatief, indicatiestelling: negatief. Het komt regelmatig voor dat motivatie evenals indicatiestelling negatief uitvalt.
- 4) Motivatie: negatief, indicatiestelling: positief. Deze combinatie komt voor indien verwacht wordt dat de motivatie zal toenemen en/of dat een eerste doelstelling is om de patiënt tot behandeling te motiveren.

Teneinde te vermijden dat in de patiëntengroep voor het overgrote deel als gemotiveerd beoordeelde patiënten zullen voorkomen, is voor een opzet met twee steekproeven gekozen, dat wil zeggen uit de twee populaties van de gemotiveerde en ongemotiveerde patiënten. De keuze voor deze benadering heeft vanzelfsprekend consequenties voor de statistische analyseprocedures. Aangezien de steekproevenverhouding een

scheve representatie van de onderscheiden populaties zal geven, zijn correlatie-analyses over gemotiveerde (M+) en ongemotiveerde (M-) patiënten gezamenlijk niet gepermitteerd.

De vraagstelling van het onderzoek luidt:

Op grond van welke factoren - in welke mate - laten de als gemotiveerd beoordeelde patiënten (M+) zich differentiëren van de als ongemotiveerd beoordeelde patiënten (M-)?

Omwille van de overzichtelijkheid hebben wij deze vraagstelling gespecificeerd naar vijf categorieën vragen:

Laat M+ zich van M- differentiëren op basis van:

1. a. Biografische data?
b. Eerste indrukken van psychologische aard?
c. Indicatiestelling en prognose?
d. Acceptatie van voorwaarden voor psychotherapie, voorstellen tot psychotherapie en bereidheid zich actief in te zetten?
e. Buitensporige afweer en secundaire ziektewinst?
2. a. Wensen en doelstellingen van de patiënt?
b. Mate waarin de verwachtingen overeenkomen met de doelstellingen?
c. Verwachtingen die zij ten aanzien van methode en effect van therapie hebben?
3. Ik-sterkte?
4. Persoonlijkheidskenmerken (vanuit persoonlijkheidspsychologische optiek)?
5. Interpersoonlijke relatie?

3.3. PERSONEN IN HET ONDERZOEK

3.3.1. Psychotherapeuten: de beoordelaars

Op praktische overwegingen hebben wij ons voor het onderzoek beperkt tot drie psychotherapeutische centra voor volwassenen, te weten medewerkers van:

1. Instituut voor Medische Psychotherapie, Rotterdam (IMP).
 2. Psychotherapeutisch Centrum "de Viersprong", Halsteren.
 3. Afd. Gedragstherapie St. Joris Gasthuis, Delft (St. Joris).
- Van de eerste twee instituten heeft de overgrote meerderheid van de therapeuten aan het onderzoek meegewerkt; van St. Joris heeft iedereen die indicaties voor psychotherapie stelde, meegewerkt.

De minimum eis voor medewerking was dat de therapeut minstens vijf patiënten beoordeelde.

3.3.2. Patiënten: de beoordeelde

Het onderzoek is gestart op het I.M.P. (maart 1977); later (december 1977) ging St. Joris meewerken, alsmede de Viersprong (januari 1978). De fase van de dataverzameling werd 31 december 1978 afgesloten. Eenieder die zich aanmeldde of verwezen werd naar één van de bovengenoemde instituten (zie par. 3.1.) kwam in principe in aanmerking voor dit onderzoek. De betrokken patiënt werd dan door de therapeut die het intakegesprek voerde beoordeeld middels het invullen van de vragenlijst "Beoordeling Motivatie Therapie" (B.M.T.). Deze vragenlijst wordt beschreven in par. 3.4. en is integraal weergegeven in de bijlage.

3.4. CONSTRUCTIE VRAGENLIJST "BEOORDELING MOTIVATIE THERAPIE" (B.M.T.)

3.4.1. Procedure

De constructie van de B.M.T. steunt op twee pijlers, te weten:

- a. informatie ontleend aan literatuur;
- b. informatie ontleend aan interviews met therapeuten.

Ad a. Aandacht werd geschonken aan het begrip motivatie voor de therapie en aan factoren die bijdroegen tot het oordeel over motivatie voor psychotherapie. De bedoelde facto-

ren kunnen zowel rationeel als irrationeel van aard zijn.

Ad b. Aan de 12 therapeuten (zie par. 2.3.) is gevraagd welke factoren een rol spelen in het oordeel over motivatie voor psychotherapie.

De op bovenbeschreven wijze verkregen informatie werd ge-inventariseerd en gerubriceerd. Van sommige begrippen c.q. factoren kan gesteld worden dat zij reeds in (min of meer) operationele termen geformuleerd waren, van andere moest dit alsnog gedaan worden. In het laatste geval werd in de literatuur nagegaan of er studies bestonden over de operationalisatie hiervan. Een voorbeeld is het empirisch-psychologisch onderzoek, door Cassee (1967) verricht naar het begrip Ik-sterkte. De aldus verkregen concept-vragenlijst B.M.T. werd door tien therapeuten c.q. wetenschappelijk medewerkers van de afdelingen Psychotherapie en Medische Psychologie, Faculteit der Geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam, onder de loupe genomen op de volgende facetten:

- a. lengte van de vragen c.q. items;
- b. eventuele ambivalentie van de formulering van de vragen;
- c. (te) moeilijke formuleringen;
- d. vragen met een dubbele gedachte;
- e. te uitvoerige formulering van vragen i.v.m. operationalisering van bedoelde factoren;
- f. lengte van de vragenlijst;
- g. zinvolheid van de antwoordalternatieven c.q. wenselijkheid van vragen met open antwoorden.

De zo verkregen kritische opmerkingen, suggesties etc., zijn, voor zover mogelijk, in de vragenlijst verwerkt.

Tenslotte is de vragenlijst getoetst in de praktijk op zijn werkbaarheid voor onderzoeker-therapeuten, waarna de definitieve vragenlijst tot stand kwam.

3.4.2. Definitieve samenstelling (zie bijlage)

Hieronder zal de B.M.T. rubrieksgewijs, A t/m H, worden besproken (tussen haakjes is de par. van achtergrondinformatie vermeld):

- A. Eerste indrukken, waaronder biografische gegevens, klachten, en enkele aspecten van de hulpvraag (par. 2.3.).
- B. Wensen en verwachtingen van de patiënt en de neiging van de therapeut hierop in te gaan (par. 2.2.2.2. en 2.3.).
- C. Ik-sterkte (par. 2.3.).
- D. Gelaatsexpressie, houding en beweging, kleding (par. 2.3.).
- E. Interpersoonlijke attractie tussen therapeut en patiënt, perceptie van de therapeut van patiënt(s) problemen, afweer, verwachtingen ten aanzien van methode en effectiviteit van de therapie (par. 2.2.2.2. en 2.3.).
- F. Tien items, deel uitmakende van het begrip motivatie, gevalideerd door Krause (1967) (par. 2.2.2.1.).
- G. Persoonlijkheidskenmerken (auteur van dit proefschrift).
- H. Vragen over patiënt's motivatie, motiveerbaarheid, de ideale behandelingsmethode, indicatiestelling, prognose en wachttijd (par. 2.2.2.1. en 2.3.).

Deze rubrieken zullen achtereenvolgens naar inhoud en antwoordmogelijkheden worden belicht.

A. Eerste indrukken

1. Biografische gegevens. Het gaat hier om de gegevens: geslacht, leeftijd, opleiding, beroep, eventueel eerder ondergane therapie (indien positief beantwoord, werd geïnformeerd gedurende welke periode(n) van het leven) en verwijzing. Ten aanzien van verwijzing zijn wij met name geïnteresseerd of een patiënt op eigen initiatief (eventueel mede op advies van een ander) zich heeft aangemeld.

2. Klachten. Er wordt gevraagd naar de klachten van de patiënt; tevens wordt de therapeut gevraagd aan te geven welke de belangrijkste zijn. Ook wordt van de therapeut verlangd op een continuum aan te geven in welke mate de patiënt lijdt onder de symptomen c.q. klachten. Het continuum wordt achteraf in vijf intervallen van gelijke grootte ingedeeld, lopend van "in het geheel niet" (1) tot "volstrekt ondraaglijk" (5).

3. Hulpvraag. De laatste negen items van A. gaan over de

hulpvraag, zoals: patiënt wil verlost worden van hinderlijke klachten, patiënt wil eigenlijk alleen een medicamenteuze behandeling.

Het merendeel van de vragen heeft geprecodeerde antwoordmogelijkheden. Enkele vragen bestaan uit open antwoordmogelijkheden, namelijk die over beroep, periode van eventueel eerder ondergane therapie en de vraag over klachten en het belang hiervan.

B. Wensen en verwachtingen van de patiënt en de neiging van de therapeut hierop in te gaan

Op twaalf items kan de therapeut aangeven wat de patiënt wenst, daarnaast kan hij aangeven of de patiënt dat ook verwacht. Bovendien vult hij in of hij de neiging heeft hierop in te gaan. Er is - naast deze 12 items - ruimte gelaten, voor zover de therapeut er behoefte aan heeft, om eigenhandig hoogstens twee items additioneel te formuleren. De antwoordcategorieën zijn trichotoom (ja, nee, weet niet) geformuleerd.

C. Ik-sterkte

De vragen die in deze rubriek gesteld zijn, betreffen persoonlijke kwaliteiten, zoals deze in de psychoanalyse worden gehanteerd. Zij betreffen onder meer: realiteitsperceptie, inzicht in het eigen aandeel van problemen en de mogelijkheid dit te formuleren, internalisatie c.q. externalisatie van de problematiek, angst- en frustratietolerantie. Ook worden hiertoe gerekend: het vermogen tot het aangaan van stabiele persoonlijke relaties, het vermogen tot het leggen van blijvende gevoelsrelaties. In totaal zijn 36 items geformuleerd. Nagenoeg alle items moeten beantwoord worden in een trichotoom categorieënsysteem: ja / nee / weet niet. Twee items, namelijk die over angst- en frustratietolerantie, zijn voorzien van de volgende geprecodeerde antwoordmogelijkheden: hoog / gematigd / laag / weet niet.

D. Gelaatsexpressie, houding en beweging, kleding

In dit gedeelte van de B.M.T. wordt van de therapeut verlangd in trefwoorden een impressie te geven van

- a) de gelaatsexpressie;
- b) houding en beweging;
- c) de kleding van de patiënt.

E. Interpersoonlijke attractie

Deze rubriek betreft de mening van de therapeut over de patiënt. De vragen betreffen of hij zich tot de patiënt aangetrokken voelt en of hij denkt dat de patiënt zich tot de therapeut aangetrokken voelt. In dit kader komen mede aan de orde: de *perceptie* van de patiënt, *afweer*, *bereidheid* mee te werken, *voorwaarden* voor psychotherapie en *verwachtingen* ten aanzien van methode en effect van behandeling. De antwoordalternatieven voor de vragen over verwachtingen zijn: hoog / gematigd / laag / weet niet. Bij sommige vragen hebben wij antwoordmogelijkheid "dubieus" geïntroduceerd.

F. Motivatie: het construct

Krause (1967) heeft een vragenlijst geconstrueerd bestaande uit gedragsindices welke motivatie voor psychotherapie beogen te meten ("Client Behaviour Inventory", CBI). Wij hebben tien vragen uit deze lijst geselecteerd. Daar de CBI vooral is geconstrueerd om motivatie tijdens therapie te meten komen in de intakefase alleen vragen in aanmerking die voor deze fase relevant zijn.

G. Persoonlijkheidskenmerken

Er komen 70 persoonlijkheidskenmerken op de definitieve lijst voor. De belangrijkste zijn:

1. de items die een operationalisering van het begrip Ik-sterkte zijn (Cassee, 1967);
2. de items die de temperamentstypen van Heymans (1929) aangeven;
3. onechtheid (Thiel, 1970);

4. Leary's interactieroos.

Ad 1. Ik-sterkte: Cassee (1967) heeft een empirisch-psychologisch onderzoek verricht naar het psychoanalytische begrip Ik-sterkte. Hieruit kan men concluderen dat het begrip zeer complex is. Ik-sterkte bevat volgens Cassee de volgende componenten:

- a. Een hechte organisatie van het ik, dat wil zeggen een structuur waarin een optimale integratie en synthese tot stand komt tussen tegenstrijdige eisen en tendenzen.
- b. Het ontbreken van psychiatrische symptomen (vrij van symptomen, van onbewuste angst- en schuldgevoelens, niet geremd in voelen en denken, beschikkend over de mogelijkheid zich gelukkig of rustig te voelen).
- c. Reality-testing: een objectieve beoordeling van de realiteit.
- d. Adequate houding tegenover de realiteit, dat wil zeggen gedrag is niet rigide vastgelegd in neurotische fixaties.
- e. Zonder in conflict te komen met de eisen die de maatschappij stelt, een situatie kunnen creëren waarin men zichzelf kan handhaven en bevrediging van seksuele behoeften verkrijgt. Dit impliceert onder meer: het op prettige wijze sociale contacten kunnen leggen, het opgewassen zijn tegen de eisen van de realiteit.
- f. Het kunnen verdragen van spanningen en onlustgevoelens (waaronder: uitstel van behoefte aan gratificatie).
- g. Het beheersen van driftmatige impulsen en affectieve uitbarstingen.
- h. Onafhankelijkheid ten opzichte van buitenwereld, hetgeen impliceert: gevoelens van zelfrespect zijn in hoge mate onafhankelijk van het oordeel van anderen.
- i. Het ten uitvoer leggen van zijn bedoelingen, zelfs tegen allerlei belemmeringen in.

Voor psychiatrische patiënten die beoordeeld werden door beoordelaars in een klinische situatie op items welke een operationalisering zijn van Ik-sterkte, zijn met behulp van factoranalysemethoden vier factoren getrokken die gezamenlijk

het begrip Ik-sterkte representeren: (a) autonomie, (b) beheersing, (c) gunstige werkinstelling en (d) tolerantie.

In dit onderzoek hebben wij de hoogst ladende items op de onderscheiden factoren geselecteerd; tussen haakjes staat vermeld of de lading positief (+) of negatief (-) is.

Ad a. Autonomie: afhankelijk (-), resoluut (+), onzeker (-), week (-), besluiteloos (-), weifelend (-), moedig (+), zelfstandig (+).

Ad b. Beheersing: impulsief (-), beheerst (+), onbezonnen (-), wispelturig (-), labiel (-).

Ad c. Gunstige werkinstelling: volhardend (+), eerzuchtig (+), verantwoord (+), betrouwbaar (+).

Ad d. Tolerantie: toegankelijk (+), soepel (+), verdraagzaam (+).

Sommige items zijn iets anders (i.e. in eenvoudiger terminologie) geformuleerd; verder is hier en daar een enkel item, dat naar onze mening binnen de factor past, toegevoegd.

Ad 2. Heymans' typologie: Deze omvat drie dimensies:
a. Emotionaliteit: deze grondtrek komt overeen met gevoelsaanspreekbaarheid. Heymans (1929) schrijft hierover het volgende: "De emotioneelen worden ... vaker als zwaarmoedig of wisselend van stemming en vooral als zwaartillend beschreven, blijven ook langer onder den indruk van geleden verliezen en hechten meer aan oude herinneringen; terwijl de niet-emotioneelen zich door een rustige en gelijkmatige stemming, lucht-hartigheid, gemakkelijke troostbaarheid en belangstelling in nieuwe indrukken onderscheiden". Het leidt tot de tegenstelling: gevoelig en ongevoelig. Chorus (1959) daarentegen meent dat binnen "emotionaliteit" twee dimensies te onderscheiden zijn, nl. kwantitatief: sterk vs. zwak aanspreekbaar (identiek aan die van Heymans) en kwalitatief: blijmoedig vs. terneergeslagen. De kwalitatieve dimensie geeft de stemming aan, door Chorus ook wel gevoelskleur of gevoelstoon genoemd. In het onderzoek is Heymans' emotionaliteit opgenomen in termen van "emotioneel" en "niet-emotioneel".

Gevoelskleur is vertaald in termen van de bipolaire ad-

jectieven: "optimistisch" vs. "zwaar op de hand".

b. Activiteit: De actieve individuen worden gekenmerkt "door een overwegenden drang tot handelen", aldus Heymans (1929). Hij vervolgt: "Van nadenken of innerlijk leven is (bij hen) geen sprake, en ook de motieven voor het handelen worden niet al te nauwgezet gewogen: de hoofdzaak is voor hen dát, niet hōe er gehandeld wordt".

De termen "actief" en "passief" zijn letterlijk als twee aparte adjectieven in deze rubriek opgenomen. Dit is logisch en psychologisch een echte tegenstelling, zodat de relatie perfect negatief zou moeten zijn.

c. Primair vs. secundair functioneren: iemand die primair functioneert, reageert direct, stapt soepel over van de ene situatie in de volgende; het andere uiterste wil zeggen dat het individu geen soepel contact met het momentane heeft. Iemand functioneert secundair "wanneer bij hem alle opgedane indrukken, en niet alleen de sterk emotionerende, naar de mate hunner belangrijkheid in het bewustzijn blijven naverken" (Heymans, 1929). Tegelijkertijd wordt hij gekenmerkt door het volgende: "den secundair-functioneerende ontbreekt allicht de gemakkelijke bewegelijkheid van den geest, die nodig is om de volle opmerkzaamheid aan een nieuw object te kunnen toewenden; hij wordt niet slechts gesteund, maar ook geremd door de opgestapelde voorstellingsmassa's uit zijn verleden, en zal daardoor moeite hebben met een nieuwe situatie scherp en zuiver in het oog te vatten, zich aan nieuwe omstandigheden snel en volledig te adapteren; waardoor hij meer dan anderen het gevaar loopt, zich van zijn omgeving af te zonderen of zelfs tot mensschuwheid te vervallen. Van de primair functioneerenden geldt in alle opzichten het omgekeerde" (Heymans, 1929).

Vanzelfsprekend is iemand niet óf primair óf secundair; er zijn gradaties. Een meer primair gerichte wijze van reageren is bevorderlijk voor situaties waarin dat vereist is, zoals een beslissing die in enkele seconden genomen moet worden.

Op basis van drie dimensies kwam Heymans tot een typologie van acht temperamenten:

passief - niet emotioneel - primair:	amorf
passief - niet emotioneel - secundair:	apathisch
passief - emotioneel - primair:	nerveus
passief - emotioneel - secundair:	sentimenteel
actief - niet-emotioneel - primair:	sanguïnis
actief - niet-emotioneel - secundair:	flegmatisch
actief - emotioneel - primair:	cholerisch
actief - emotioneel - secundair:	gepassioneerd

Ad 3. Onechtheid: Zowel in de literatuur als uit de interviews bleek dat onecht gedrag als negatief ervaren wordt. Drie items, nl. onecht, overdreven en gekunsteld, zijn in de lijst opgenomen. Zij zijn ontleend aan een empirisch, factoranalytisch onderzoek (Thiel, 1970). Afzonderlijk dient vermeld te worden dat het persoonlijkheidskenmerk "eerlijk" (Wallerstein en Robbins, 1956) van groot gewicht voor motivatie lijkt.

Wat de antwoordmogelijkheden betreft is gekozen voor een dichotomie (ja/nee) met daarbij een 'weet-niet'-antwoordmogelijkheid.

Ad 4. Leary's Interactieroes: Deze beschrijft grafisch de wijze waarop de patiënt zich tegenover de therapeut opstelt; dit zou het oordeel van de therapeut over de motivatie van de patiënt kunnen beïnvloeden. Leary (1957) onderscheidt twee dimensies, te weten *dominant vs. onderdanig* en *coöperatief vs. antagonistisch*. Dit leidt tot acht combinaties:

- 1) *dominant-coöperatief*
- 2) *coöperatief-dominant*
- 3) *coöperatief-onderdanig*
- 4) *onderdanig-coöperatief*
- 5) *onderdanig-antagonistisch*
- 6) *antagonistisch-onderdanig*
- 7) *antagonistisch-dominant*
- 8) *dominant-antagonistisch*.

De cursief weergegeven kenmerken wegen in desbetreffende dyaden zwaarder dan de niet cursieve. Laten wij als voorbeeld één variant, te weten *onderdanig*-antagonistisch nader beschouwen. De therapeut vindt dat een patiënt die tot deze categorie behoort, zichzelf verwijten maakt, alles wat misgaat aan zichzelf toeschrijft en de therapeut meent dat de patiënt de ander als een bedreigend individu ervaart. De patiënt zal tevens de indruk achterlaten dat het zinloos is hem therapeutisch te behandelen, hij zal tegenwerken, wil er van alles aan doen om toch maar te voorkomen dat de therapeut iets met hem kan beginnen (vgl. Leary, 1957).

De therapeut kan antwoord geven door een kruisje op de rand van de cirkel welke Leary's roos representeert, te zetten (zie fig. 3.1.).

H. Motivatie en indicatie

1. Motivatie: In dit gedeelte wordt geïnformeerd of de patiënt gemotiveerd is voor onderzoek, gemotiveerd is voor een therapeutische behandeling en hoe zeker de therapeut hiervan is (aan te geven in percentages). Ook wordt gevraagd of de patiënt gemotiveerd is voor een specifieke therapie-methode. Van de therapeut wordt verlangd aan te geven welke die therapie-methode dan is, en in percentages zijn zekerheid dienaangaande te vermelden. Voorts moet de therapeut kenbaar maken of patiënt's motivatie manifest ("overt") dan wel impliciet ("covert") is.

Er zijn enkele vragen geformuleerd die een indicatie moeten geven van de bestendigheid van de motivatie. Voor patiënten die ongemotiveerd zijn is één vraag geformuleerd over motiveerbaarheid.

2. Indicatiestelling voor psychotherapie: Geïnformeerd werd bij welke behandelingsmethode de patiënt volgens de therapeut het meeste baat zou hebben. Uiteraard is de mogelijkheid opengehouden dat geen enkele methode een positief effect zal bewerkstelligen. Voorts is gevraagd of een therapie en, voorzover van toepassing, welke therapie geïndiceerd

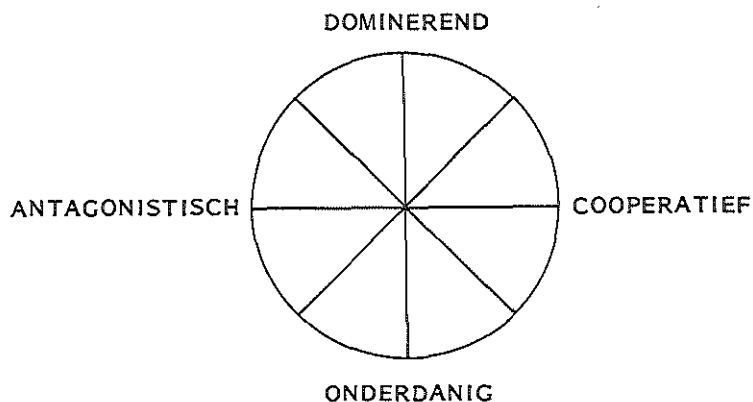


Fig. 3.1: Leary's Interaktieroois

is. Tenslotte zijn nog enkele vragen gesteld over de duur van de voorgestelde therapie, acceptatie van die voorstellen en de wachttijd.

Enkele vragen zijn gesteld over de prognostische verwachtingen ten aanzien van de toestand van de patiënt.

Een vraag is gesteld over de te verwachten secundaire ziektewinst en of dit reden voor contra-indicatie is.

Het merendeel van de items is voorzien van geprecodeerde antwoordmogelijkheden. De vragenlijst B.M.T. is integraal weergegeven in de bijlage.

3.5. PROCEDURE VERZAMELING VAN GEGEVENS

Er is contact opgenomen met de potentiële therapeut-beoordelaars teneinde te informeren of zij zouden willen meewerken aan dit researchproject. Indien de therapeut zijn medewerking toegezegd had, werd hem een aantal vragen gesteld met betrekking tot opleiding, specialisatie, voorkeur voor een bepaalde therapiemethode en -setting. Deze gegevens zijn uitsluitend gebruikt om de mogelijkheden te verkennen voor een therapeutenindeling naar scholing c.q. specialisatie. Een medewerkster van de afdeling psychotherapie nam de

coördinatie en administratie inzake onder meer de distributie van de B.M.T. voor haar rekening. Zij rappelleerde de therapeut wanneer de terug te zenden vragenlijst meer dan zes weken op zich liet wachten. Ook konden de therapeuten zich tot de betrokken medewerkster wenden om een antwoord te krijgen op vragen die opkwamen bij het invullen van de vragenlijst B.M.T. De procedure voor het verzenden van de B.M.T. komt hierop neer dat een nieuwe B.M.T. naar de therapeut-beoordelaar verzonden werd als een reeds ingevulde vragenlijst binnengekomen was. Van deze procedure week die van De Viersprong in zoverre af, dat voor een goed verloop een coördinator aldaar aangesteld was. Over welke patiënten hadden de therapeut-beoordelaars de B.M.T. in te vullen? Aanvankelijk luidde het criterium: de eerste patiënt die de therapeut voor een onderzoek ontmoet volgend op de ontvangst van de betreffende vragenlijst. Een jaar later is een ander criterium hieraan toegevoegd, nl. de eerste patiënt waarover de therapeut een indicatie stelt na de vragenlijst te hebben ontvangen. Dit gebeurde omdat men zich gemakkelijker aan het laatstgenoemde criterium kon houden.

De therapeut moest echter wel een keuze maken uit deze twee criteria. Na voor één van de twee criteria gekozen te hebben, diende de therapeut in verband met de selectie van de te beoordelen patiënt zich consequent hieraan te houden.

Gezien de onderzoeksvraagstelling, nl. nagaan of gemotiveerd bevonden patiënten zich laten differentiëren van ongemotiveerd bevonden patiënten, zou een "twee-steekproeven-opzet" de voorkeur verdienen. In de praktijk leek dit moeilijk te realiseren. Daarom zijn wij gestart met een "één-steekproef-opzet", in de verwachting dat het aantal ongemotiveerd bevonden patiënten niet al te gering zou zijn om verantwoord te kunnen analyseren (poststratificatie). Deze verwachting bleek niet juist te zijn, want na één jaar werden van de tot dan toe 106 beoordeelde patiënten er veertien ongemotiveerd bevonden. Op grond hiervan werd besloten een schriftelijk verzoek tot de therapeuten te richten waarin

gevraagd werd patiënten die als ongemotiveerd voor therapie te beschouwen waren, bij voorrang te beoordelen boven de anderen. Door deze koerswijziging kreeg het onderzoek alsnog het karakter van een "twee-steekproeven-opzet" (pre-stratificatie).

HOOFDSTUK 4. ALGEMENE RESULTATEN: BEOORDELING MOTIVATIE

4.1. INLEIDING

De bij het onderzoek betrokken personen worden beschreven in par. 4.2.: 23 therapeuten als de beoordelaars (par. 4.2.1.) en 281 patiënten als de beoordeelden (par. 4.2.2.). De 18 "uitvallers" onder de patiënten worden belicht in par. 4.2.3.

Vervolgens worden de mogelijkheden verkend of M+ zich van M- laat differentiëren naar het construct "Motivatie" (par. 4.3.1.), op biografische gegevens (par. 4.3.2.) en op eerste indrukken (par. 4.3.3.). De resultaten worden geëvalueerd in par. 4.4., waarbij aandacht wordt geschonken aan variabelen die differentiërende waarde hebben.

4.2. PERSONEN IN HET ONDERZOEK

4.2.1. Psychotherapeuten: de beoordelaars

Conform de opzet voor onderzoeksanalyse moesten de therapeuten minimaal vijf patiënten beoordelen. Van de 25 therapeuten die aan het onderzoek hebben meegewerkt, voldeden 23 hieraan. Patiënten die door de twee andere therapeuten beoordeeld werden zijn bijgevolg niet in de analyse meegenomen.

Van de 23 therapeuten waren er drie psychoanalytisch geschoold, twee waren systeemtherapeut*, en vier Rogeriaans therapeut; zij allen waren in die periode aan het IMP verbonden evenals drie van de zes gedragstherapeuten. De andere

*) De basis voor de systeemtherapie is gelegen in het systeem dat een "natuurlijke" eenheid vormt (bijv. echtpaar, gezin). Systeemtherapie is gericht op interactie en communicatie binnen het systeem. De individuele lotgevallen, klachten en problemen worden gezien als voortvloeiend uit het systeem.

drie gedragstherapeuten waren op St. Joris werkzaam. Van de acht groepstherapeuten waren er zeven aan de Viersprong verbonden en één aan het IMP.

4.2.2. Patiënten: de beoordeelden

In totaal werden 281 patiënten beoordeeld.

Tabel 4.1: Leeftijdsverdeling van patiënten, onderscheiden naar Instituten en geslacht (n=279; van 2 patiënten geslacht niet bekend)

Leeftijd (jaren)	Instituten											
	IMP				Viersprong				St. Joris			
	f	♂ %	f	♀ %	f	♂ %	f	♀ %	f	♂ %		
≤25	21	29	23	30	7	25	8	24	4	25	7	18
26-40	42	58	36	47	16	57	18	53	5	31	17	44
41-55	8	11	16	21	5	18	5	14	7	44	10	26
≥56	2	3	2	3	-	-	3	9	-	-	5	13
kolom- totaal	73	100	77	100	28	100	34	100	16	100	39	100
onbekend	3		1		1		2		1		4	

N.B.: Voor deze en volgende tabellen kan de som van de afzonderlijke percentages door afronding afwijken van 100.

Uit tabel 4.1. blijkt dat 122 patiënten van het mannelijke geslacht en 157 van het vrouwelijke geslacht waren.

Uitgesplitst naar instituut, waren 154 patiënten van het IMP, 65 van de Viersprong en 60 van St. Joris.

De gemiddelde leeftijd bleek rond de 30 jaar te liggen. De gemiddelde leeftijd van mannen verschilde voor geen van de instituten noemenswaardig van die van vrouwen.

Ten aanzien van de opleiding bleek dat ruim de helft van de IMP-patiënten een middelbare school of hoger onderwijs gevolgd had; van dit gedeelte bevond zich ruim de helft op een universiteit. Vergeleken met het IMP hadden de Viersprong en St. Joris minder patiënten (nl. 30%) van een dergelijk ni-

veau. St. Joris is het enige instituut dat patiënten (10%) met een BLO-opleiding had (zie tabel 4.2.).

Tabel 4.2: Verdeling van patiënten naar opleiding, onderscheiden naar Instituten (n=281).

Opleiding	Instituten					
	IMP		Viersprong		St. Joris	
	f	%	f	%	f	%
B.L.O.	-	-	-	-	6	11
L.O. basisschool	18	12	16	27	20	37
(M)ULO, HAVO	43	29	27	45	14	26
Gymn., HBS, HAVO	41	28	12	20	5	9
Universiteit Hoger onderwijs	44	30	5	8	9	17
kolomtotaal	146	100	60	100	54	100
onbekend	9		5		7	

Van de IMP-patiënten werd één derde door de huisarts verwezen; op St. Joris werd één derde en bij de Viersprong de helft door de huisarts verwezen. Ruim één derde van de IMP-patiënten had zich op eigen initiatief, eventueel na advies van anderen, aangemeld. Voor de beide andere instituten bedroeg dit bijna één vierde (zie tabel 4.3.).

Ten aanzien van het uitgeoefend beroep, hebben wij de patiënten met behulp van de "beroepenklapper"-arbeidssector (Westerlaak et al., 1975) geklassificeerd.

Uit tabel 4.4. blijkt dat één derde van de IMP-patiënten in het onderwijs werkzaam was; één vijfde van de IMP-patiënten had een verzorgend beroep (vnl. huishouding), één vijfde oefende een beroep uit welke administratie etc. betrof. Van de Viersprong werkte bijna 30% in de laatstgenoemde arbeidssector; in het onderwijs zowel als in de verzorgende sector was ruim 20% werkzaam. Ten aanzien van St. Joris kan worden gesteld dat ruim de helft een verzorgend beroep had.

Tabel 4.3: Verwijzing van patiënten, onderscheiden naar Instituten (n=281).

Verwijzing	IMP		Viersprong		St. Joris	
	f	%	f	%	f	%
Eigen initiatief (evt. na advies)	55	37	14	22	14	23
Huisarts	54	37	32	50	17	31
Polikliniek / zenuwarts	15	10	6	9	5	9
Psycholoog	9	6	5	8	9	16
anderszins: UPD, SPD, AGGZ, MOB, LGM, Rutgerstichting, IMP, overigen	15	10	7	11	10	18
kolomtotaal	148	100	64	100	55	100
onbekend	7		1		6	

Tabel 4.4: Beroep, geklassificeerd naar arbeidssector, en onderscheiden naar Instituten.

Beroep (arbeidssector)	Instituten					
	IMP		Viersprong		St. Joris	
	f	%	f	%	f	%
industrieel, ambachtelijk	9	7	5	9	2	4
handel en verkeer	4	3	2	4	3	6
administratie, financiën, organisatie en beheer	26	20	16	29	6	13
verzorgend	25	19	12	22	25	52
medisch en sociaal	17	13	5	9	5	10
onderwijs	39	29	12	22	4	8
artistiek, wetenschappelijk, massamedia, recreatie etc.	13	10	5	9	3	6
kolomtotaal	133	100	55	100	48	100
onbekend	22		10		13	

4.2.3. "Uitvallers" (18)

In de analyse zijn uiteindelijk 263 patiënten betrokken: 206 van hen zijn door de therapeuten gemotiveerd voor psychotherapie (M+) bevonden, terwijl 57 patiënten ongemotiveerd (M-) bevonden zijn. Er zijn 18 patiënten uit de analyse weggelaten: (a) zeven uitvallers kwamen van de twee therapeuten die niet aan het criterium van minimaal vijf patiënten voldeden; (b) acht patiënten worden uit de analyse weggelaten omdat de therapeuten met minder dan 40% zekerheid konden aangeven of de patiënt gemotiveerd dan wel ongemotiveerd was. De verhouding tussen de gemotiveerde versus ongemotiveerde patiënten bij deze acht was 6:2, hetgeen niet al te zeer afweek van de steekproef verhouding (206 : 57); (c) twee patiënten zijn weggelaten om wij geen informatie hadden over het oordeel inzake motivatie, en één patiënt omdat de zekerheid waarmee het oordeel gegeven werd, niet aangegeven was.

4.3. DIFFERENTIATIE TUSSEN M+ en M-

4.3.1. Motivatie: het construct

Allereerst werd onderzocht of M+ zich van M- laat differentiëren op de tien uit het onderzoek van Krause geselecteerde variabelen die, naar mag worden aangenomen, het begrip motivatie in verband met de onderzoeksdoelstelling adequaat representeren. Daarbij hebben wij er rekening mee gehouden dat het oordeel over motivatie met het therapeutische referentiekader van de beoordelaars kon variëren. Daarenboven dient te worden opgemerkt dat voor sommige patiënten bepaalde variabelen niet van toepassing waren; derhalve is in tabel 4.5. onder kolom "N" per variabele het aantal patiënten vermeld voor wie deze wel relevant waren. De frequenties (n) representeren patiënten waarvan de therapeut meende dat zij aan de betreffende vraag beantwoordden.

In de hiernavolgende tabellen wordt een onderscheid ge-

maakt naar het therapeutisch referentiekader. Er zijn vijf categorieën therapeuten: psychoanalytici, gedragstherapeuten, systeemtherapeuten, groepstherapeuten, en Rogeriaans therapeuten; zij hebben resp. 49, 79, 14, 78 en 43 patiënten beoordeeld.

De percentages in tabel 4.5. geven aan hoeveel van de onder "n" vermelde patiënten gemotiveerd voor psychotherapie werden bevonden. Tenslotte zijn in de laatste kolom van tabel 4.5. de ongewogen gemiddelden van de percentages per rij gegeven, dat wil zeggen per vraag is het gemiddelde berekend van de percentages (\bar{X}) over de vijf categorieën therapeuten, zonder rekening te houden met ongelijke aantallen beoordeelde patiënten. Hiermee wordt een indruk verkregen of een bepaalde categorie therapeuten overwegend boven of onder het algemeen gemiddelde oordeelde over motivatie.

Inspectie van tabel 4.5. leert dat degene die bevestigend op de Krause variabelen beoordeeld werd, doorgaans als gemotiveerd voor psychotherapie beoordeeld werd. Wanneer de patiënt openhartig over zijn gevoelens sprak, of wanneer de therapeut een opmerking over diens gevoelens maakte en de patiënt ging daarop in, dan had hij een (zeer) goede kans om gemotiveerd voor therapie te worden gevonden. Een patiënt die over zijn gevoelens sprak, zelfs wanneer hij er zich voor schaamde of er angst voor had, werd doorgaans gemotiveerd geacht. Het was ook gunstig wanneer de patiënt zich wist te herinneren wat in eerdere gesprekken, voorzover die er geweest zijn, ter sprake was gebracht, alsmede de situatie waarin de patiënt na een interruptie (bijvoorbeeld telefoon) de draad weer oppakte. Er is een tendens dat het oordeel over patiënt's motivatie minder positief uitviel, wanneer hij te laat kwam of een afspraak had afgezegd dan wel om uitstel had gevraagd. Het minst positief is het oordeel als de therapeut het gevoel had dat de patiënt hem van belang zijnde informatie onthield.

Het percentage patiënten dat gemotiveerd werd bevonden was steeds het laagst bij de psychoanalytici. Zij oordeelden

Tabel 4.5: Percentages gemotiveerd voor psychotherapie (M+) naar de "ja-antwoorden" op de 10 Krause-variabelen onderscheiden naar het therapeutisch referentiekader.

BMT-F lt.nrs.	Omschrijving vragen m.b.t. het construct "Motivatie"	N ¹⁾	Therapeutisch referentiekader										\bar{X} ⁴⁾
			psychoan. n ²⁾		gedragsth. n %		systeemth. n %		groepsth. n %		Rogeriaans n %		
1.	indien voorgesteld is een andere afspraak te maken, maakt pt. daar gebruik van?	50	3	67	15	93	3	100	12	75	12	100	87,5
2.	pt. wel eens te laat voor z'n afspraak?	210	5	40	2	50	1	100	7	71	8	100	72,2
3.	pt. wel eens een afspraak afgezegd of uitgesteld?	220	12	33	12	83	5	80	14	50	8	88	66,8
4.	is pt. openhartig over z'n gevoelens?	263	40	63	56	88	11	100	53	77	34	97	85,0
5.	indien een opmerking gemaakt wordt over z'n gevoelens, gaat pt. er op in?	257	41	68	63	92	11	100	60	77	39	95	82,4
6.	praat pt. over z'n gevoelens, zelfs wanneer 't angst, schaamte oplevert?	241	37	65	54	93	10	100	43	77	33	97	86,4
7.	wanneer interview onderbroken wordt (bijv. telefoon) neemt pt. draad weer op?	54	5	60	26	96	-	-	7	57	10	100	77,8
8.	herinnert pt. zich wat in voorgaande interviews ter sprake is geweest?	189	39	64	27	89	13	92	51	69	39	97	82,2
9.	heeft u 't gevoel dat pt. u relevante informatie onthoudt?	263	5	20	13	92	3	67	9	44	4	75	59,8
10.	wanneer pt. ongeduldig etc. wordt, kan hij dan nog uw vragen beantwoorden?	145	11	73	30	100	5	100	19	58	13	100	86,2

1) N = het aantal patiënten waarvoor de vraag relevant was.

2) n = het aantal patiënten aangaande wie door desbetreffende therapeuten de vraag bevestigend beoordeeld werd.

3) % = het percentage van de n patiënten die door de betreffende therapeuten gemotiveerd werden bevonden.

4) \bar{X} = het (ongewogen) gemiddelde van de rijpercentages.

het meest negatief over motivatie, wanneer de patiënt te laat op een afspraak kwam, hij een afspraak had afgezegd of had willen uitstellen, en ook wanneer de therapeut het gevoel had dat de patiënt hem alleen datgene vertelde wat hij kwijt wilde. De groepstherapeuten vertoonden hetzelfde beeld, zij het dat zij over de gehele linie minder negatief over motivatie oordeelden. De overige drie categorieën therapeuten oordeelden positief over motivatie indien zij over de patiënt één of meerdere vragen bevestigend beantwoord hadden.

4.3.2. Biografische gegevens

In deze paragraaf wordt de vraag beantwoord of op grond van de biografische gegevens M+ van M- is te differentiëren. Hiertoe is een analyse uitgevoerd waarbij onderscheid gemaakt werd naar het therapeutisch referentiekader van de beoordelaars voor de drie instituten. Aangezien alle medewerkers van de Viersprong groepstherapeuten zijn en die van St. Joris gedragstherapeuten, en aangezien op het IMP alle vijf categorieën therapeuten voorkomen, krijgen we in totaal zeven categorieën (zie tabel 4.6.). Het is van belang daarbij in ogenschouw te nemen dat ten aanzien van IMP de psychoanalytici nagenoeg 60% van de door hen beoordeelde patiënten gemotiveerd voor psychotherapie vonden, de gedragstherapeuten ruim 70%, de systeemtherapeuten ruim 90%, de groepstherapeuten ongeveer 60% en de Rogerianen 95%; de groepstherapeuten van de Viersprong oordeelden inzake motivatie zo'n 70% positief terwijl de gedragstherapeuten van St. Joris 95% positief beoordeelden.

De resultaten zijn als volgt samen te vatten:

Sexe. Er werden naar verhouding evenveel mannen als vrouwen gemotiveerd voor psychotherapie bevonden. Een uitzondering vormden de groepstherapeuten van het IMP: zij vonden minder mannen gemotiveerd.

Leeftijd. Over het geheel genomen mag aan deze factor geen

Tabel 4.6: Percentages gemotiveerd voor psychotherapie (M+) naar biografische gegevens, afzonderlijk voor Instituten en therapeutisch referentiekader.

	IMP										Viersprong		St. Joris		$\bar{X}^{1)}$
	psychoan.		gedragsth.		systeemth.		groepsth.		Rogeriaans		groepsth.		gedragsth.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe															
♂	19	53	8	100	5	100	12	58	25	96	27	70	16	81	79.7
♀	30	63	12	75	9	89	5	100	18	94	33	73	42	91	83.6
Leeftijd (jr)															
≤25	13	77	3	100	4	75	5	80	16	87	15	67	11	100	83.7
26-40	20	55	11	82	7	100	8	75	25	100	29	72	21	100	83.4
41-55	13	62	4	75	2	100	4	25	1	100	10	60	17	71	70.4
≥56	2	0	-	-	1	100	1	0	-	-	3	100	5	60	86.7
Opleiding															
BLO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	83	83.0
LO	1	0	7	71	3	100	3	33	3	100	15	47	19	90	63.0
HAVO	16	63	5	80	6	100	8	63	5	100	24	79	13	92	82.5
Gymn/HBS	15	73	5	100	3	67	3	100	12	92	11	73	5	80	83.6
Un., H.O.	13	54	3	100	1	100	3	67	20	100	5	100	9	89	87.1
Duur klachten (mnd)															
≤3	12	75	3	100	-	-	3	100	4	100	1	100	6	67	90.3
4-6	2	0	1	100	-	-	-	-	3	100	4	50	-	-	66.7
7-12	7	43	1	100	1	100	-	-	7	100	10	100	4	100	90.5
≥13	19	63	9	89	12	92	13	54	24	92	34	65	3	90	77.9
Verwijzing²⁾															
EI	14	72	7	100	-	-	3	67	28	93	14	64	14	86	80.3
NEI	35	54	13	77	13	93	15	60	15	100	46	74	45	89	78.1

1) \bar{X} = het (ongewogen) gemiddelde van de rijpercentages

2) EI = Eigen Initiatief
NEI = Niet Eigen Initiatief.

differentiërende waarde worden toegekend: de relatief oudere patiënt maakte een enigszins geringere kans op een positief oordeel over motivatie dan de jongere, waarbij de patiënten die 56 of ouder waren vanwege het geringe aantal buiten beschouwing zijn gelaten.

Opleiding. De algemene tendens is dat opleiding geen rol van betekenis heeft gespeeld in de differentiatie, ofschoon de groepstherapeuten van zowel het IMP als de Viersprong positiever in hun oordeel over motivatie leken te zijn voor patiënten die een hogere opleiding volgden of gevolgd hadden dan voor de andere patiënten.

Duur van de klachten. Wegens het frequente ontbreken van informatie hierover is het trekken van conclusies niet gepermitteerd.

Verwijzing. Patiënten die op eigen initiatief zich aangemeld hadden, bleken niet een grotere kans op een positief oordeel over motivatie te hebben dan zij die waren verwezen.

4.3.3. Eerste indrukken en hulpvraag

De vraag is of de eerste indrukken en aspecten van de hulpvraag differentiërende waarde tussen M+ en M- hebben (zie tabel 4.7.). De percentages van de patiënten welke door de diverse categorieën therapeuten gemotiveerd voor psychotherapie werden bevonden, waren bijna 60% voor psychoanalytici, ruim 85% voor gedragstherapeuten, ruim 90% voor systeemtherapeuten, nagenoeg 70% voor groepstherapeuten en 95% voor Rogeriaans therapeuten.

Inspectie van tabel 4.7. leert het volgende:

Lijdensdruk. Deze factor bleek niet te differentiëren tussen M+ en M-.

Gevoel aan het verkeerde adres te zijn. Deze factor bleek doorgaans zeer wel in staat M+ van M- te differentiëren.

Patiënt loopt van de ene instantie naar de andere. De patiënten bij wie dit geconstateerd werd, maakten over de gehele linie een duidelijk grotere kans om ongemotiveerd te

Tabel 4.7: Percentages gemotiveerd bevonden patiënten (M+) naar eerste indrukken en hulpvraag, onderscheiden naar therapeutisch referentiekader.

BMT-A it.nrs.	Variabelen	Antwoord- mogelijkheden	Therapeutisch referentiekader										$\bar{X}^*)$
			psychoan. n %		gedragsth. n %		systeemth. n %		groepsth. n %		Rogeriaans n %		
9	lijdensdruk	hoog (4-5) laag (1-3)	20 29	70 52	54 23	94 70	6 8	83 100	46 32	74 63	24 19	96 95	83.4 76.0
10	gevoel aan 't ver- keerde adres te zijn	ja neen	5 35	0 65	15 55	67 91	0 13	- 100	7 63	29 78	1 39	0 100	24.0 86.8
11	pt. loopt van ene in- stantie naar andere	ja neen	4 43	25 63	15 60	73 90	1 13	100 92	15 63	40 76	0 40	- 98	59.5 83.8
12	pt. wil eigenlijk me- dicamenteuze be- handeling	ja neen	6 40	17 70	4 67	25 90	1 13	0 100	6 70	50 73	1 41	0 98	18.4 86.2
13	ambivalentie t.o.v. klachten	ja neen	12 34	33 71	12 62	75 92	3 10	67 100	20 58	55 74	11 32	91 97	64.2 66.8
15	pt. heeft zich eerst uitvoerig laten in- formereren t.a.v. be- handelingsmogelijk- heden	ja neen	26 18	69 33	17 31	82 90	6 8	100 88	30 39	73 62	6 32	100 97	84.8 74.0
16	pt. veel moeite ge- troost met Instituut in kontakt te komen	ja neen	7 33	71 46	28 22	96 77	4 7	100 86	11 53	100 57	8 29	88 97	91.0 72.6
17	pt. presenteert steeds dezelfde klachten	ja neen	18 27	50 63	32 43	91 86	2 12	50 100	16 6	38 78	10 33	80 100	61.8 85.4
18	pt. formuleert be- zwaren i.t.v....	klachten (1-2) problemen (3-5)	18 30	28 77	43 35	93 77	5 9	80 100	26 44	50 89	5 38	80 97	66.2 88.0

*) het (ongewogen) gemiddelde van de rijpercentages.

te worden bevonden.

Wens tot medicamenteuze behandeling. Enkele patiënten gaven te kennen bij voorkeur een medicamenteuze behandeling te ondergaan; de beoordeling inzake motivatie was daarmee in overeenstemming: zij werden als minder gemotiveerd beschouwd.

Ambivalentie met betrekking tot klachten. In het algemeen bleek ambivalentie van de patiënt ten aanzien van zijn wens tot verandering niet te differentiëren tussen M+ en M-; alleen de psychoanalytici beschouwden hen als minder gemotiveerd.

A priori geïnformeerdeheid. Het gegeven dat de patiënt zich van te voren uitvoerig liet informeren over de behandelingsmogelijkheden bleek geen bijdrage te leveren tot een mogelijke differentiatie.

Moeite getroost met het Instituut in contact te komen. Voor alle categorieën binnen het therapeutisch referentiekader gold dat aan deze variabele enige differentiërende waarde toegekend mag worden, met uitzondering van de Rogeriaans therapeuten.

Presentatie van steeds dezelfde klachten. Alleen de systeemtherapeuten en de groepstherapeuten bleken (differentiërende) waarde te hechten aan het monotone herhalen van klachten; patiënten die dat deden, maakten een grotere kans om ongemotiveerd voor therapie te worden bevonden.

Formulering van bezwaren in termen van klachten c.q. problemen. Het was van belang of een patiënt sprak over zijn bezwaren in termen van klachten of van problemen. Met name de psychoanalytici en de groepstherapeuten beoordeelden de motivatie negatief, indien de patiënt sprak in termen van klachten.

4.3.4. Overwegingen rond indicatiestelling

De overwegingen rond de indicatiestelling zijn geanalyseerd en vervolgens gepresenteerd in tabel 4.8.

Buitensporige afweer. Voor de gedragstherapeuten en de

Tabel 4.8: Percentages gemotiveerd bevonden patienten (M+) naar overwegingen rond indicatiestelling, onderscheiden naar therapeutisch referentiekader.

it.nrs.	Variabelen	Antwoord- mogelijkheden	Therapeutisch referentiekader								$\bar{X}^*)$		
			psychoan.		gedragsth.		systeemth.		groepsth.			Rogeriaans	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
BMT-E 9	buitensporig sterke afweer	ja	19	21	29	86	2	50	26	54	8	88	59.8
		neen	23	91	43	88	11	100	38	90	22	100	95.8
BMT-E 10	bereidheid actief aan behandeling mee te werken	ja	29	90	57	97	10	100	55	84	35	100	94.2
		neen	16	0	9	33	1	0	11	9	1	0	8.4
BMT-E 11-13	"voorwaarden" voor psychotherapie	hoog (1-3)	27	96	60	95	12	100	59	86	38	97	94.8
		laag (0)	22	14	19	63	2	50	19	16	5	80	44.6
BMT-H 1	toename sec. ziekte- winst t.g.v. behan- deling substantieel	ja	16	63	11	73	1	0	13	31	0	-	41.8
		neen	30	60	49	94	9	100	60	83	38	97	86.8
BMT-H 4	pt.'s reactie op voorstellen, anders dan verwacht	adequaat	14	86	33	94	5	100	29	69	17	100	89.8
		niet- adequaat	10	30	5	80	0	-	14	43	3	67	55.0
BMT-H 14	indicatiestelling voor psychotherapie	positief	34	83	62	95	12	100	66	79	41	95	90.4
		niet-positief	15	7	12	50	1	100	9	22	2	100	55.8

*) het (ongewogen) gemiddelde van de rijpercentages.

Rogeriaans therapeuten was buitensporig gebruik van afweer geen reden om de patiënt ongemotiveerd voor psychotherapie te achten. De systeemtherapeuten, de groepstherapeuten en met name de psychoanalytici bleken zo hun bedenkingen te hebben. De laatstgenoemde therapeuten beoordeelden slechts éénviufde van deze patiënten als gemotiveerd, terwijl zij 9/10 van de patiënten die niet een buitensporig gebruik hiervan maakten, gemotiveerd vonden.

Bereid actief aan de behandeling mee te werken. Alle categorieën therapeuten bleken aan de bereidheid van de patiënt zich actief in te zetten, in hoge mate differentiërende waarde te hechten.

"Voorwaarden voor psychotherapie". Hierbij dient te worden opgemerkt dat de "voorwaarden voor psychotherapie" ten aanzien van drie variabelen een unidimensionale schaal vormden (in volgorde van opklimmende "moeilijkheidsgraad"): (1) de patiënt is bereid een werkbaar contract te accepteren; (2) de patiënt houdt zich aan de noodzakelijk geachte voorwaarden voor psychotherapie; (3) de patiënt houdt zich aan de gewenste voorwaarden voor psychotherapie. De constructie van deze schaal wordt beschreven in hoofdstuk 5.

De score range loopt van 0 (de patiënt is op geen enkele vraag positief beoordeeld) tot 3 (op alle drie vragen positief beoordeeld). Het optimale scheidingspunt tussen M+ en M- ligt tussen 0 en 1 (zie par. 7.2.2.2.). Het bleek dat de therapeuten de patiënten positief beoordeelden op motivatie als zij minstens 1 scoorden, en negatief in geval van een 0-score.

Secundaire ziektewinst. In het geval dat ten gevolge van behandeling secundaire ziektewinst zou toenemen, heeft dit alleen negatieve invloed bij de groepstherapeuten.

Reactie op therapievoorstellen. In het algemeen werden de patiënten die adequaat reageerden op therapievoorstellen, welke anders waren dan zij verwacht hadden, gemotiveerd bevonden, terwijl zij die in dat geval niet adequaat reageerden, ongemotiveerd werden bevonden.

Indicatiestelling voor psychotherapie. Zoals te verwachten was, bleken de therapeuten doorgaans de patiënten voor wie een indicatie tot psychotherapie gesteld was, gemotiveerd te vinden. Omgekeerd werd voor de patiënten die ongemotiveerd werden bevonden, geen indicatie tot psychotherapie gesteld. Het is evident dat indicatiestelling in grote lijnen differentieert.

Tot zover is M+ met M- per variabele vergeleken. Het ligt voor de hand om na te gaan of zij zich (beter) laten differentiëren wanneer een beperkt aantal variabelen simultaan wordt beschouwd. Daartoe zijn in eerste instantie de volgende vijf gedichotomiseerde variabelen geselecteerd:

- a) "Voorwaarden voor psychotherapie": indien over een patiënt geen enkele vraag positief werd beantwoord door de therapeut, dan werd een 0 gecodeerd, anders een 1.
- b) Voorkeur voor medicamenteuze behandeling: indien het antwoord op deze vraag ontkennend was volgens de therapeut, dan werd een 1 gecodeerd, anders een 0.
- c) Verwijzing: kwam de patiënt op eigen initiatief, eventueel mede op advies van anderen, dan werd een 1 gecodeerd, anders een 0.
- d) Lijdensdruk: was patiënt's lijden (schier) ondraaglijk (score: ≥ 4), dan werd een 1 gecodeerd, anders een 0.
- e) Bezwaren in termen van klachten c.q. problemen: formuleerde de patiënt (hoofdzakelijk) in termen van klachten (score: ≤ 2) dan werd een 0 gecodeerd, anders een 1.

Tabel 4.9. toont de resultaten voor deze vijf variabelen.

Theoretisch zijn er 32 antwoordpatronen mogelijk. Onder kolom "n" zijn de frequenties per antwoordpatroon weergegeven, en onder "P" de relatieve frequenties.

De eerste acht antwoordpatronen omvatten 192 patiënten, dat wil zeggen 73% van de patiënten voldeden aan de "Voorwaarden voor psychotherapie" en wilden bovendien bij voorkeur niet medicamenteus behandeld worden. Van deze 192 patiënten kwamen 62 (32%) op eigen initiatief. De volgende

Tabel 4.9: Differentiatie tussen M+ en M- op de (32 mogelijke antwoordpatronen van) vijf variabelen.

Nr.	voorwaarden psychother.	medicam. behand.	verwijzing	lijdens- druk	bezwaren	n	\hat{P}	psycho- an.		gedrags- th.		systeem- th.		groeps- th.		Roge- riaans		\hat{P} (M+)	\hat{P} (M-)
	1=positief 0=negatief	1=neen 0=ja	1=eigen init. 0=niet e.i.	1=hoog 0=laag	1=problemen 0=klachten			M+ 29	M- 20	M+ 69	M- 10	M+ 13	M- 1	M+ 54	M- 24	M+ 41	M- 2		
1	1	1	1	1	1	31	.12	5		8				5	1	12		.97	.03
2	1	1	1	1	0	6	.03			6								1.00	.00
3	1	1	1	0	1	23	.07	4		2				5		12		1.00	.00
4	1	1	1	0	0	2	.01	1		1								1.00	.00
5	1	1	0	1	1	48	.18	6		10	1	3		19	3	6		.91	.09
6	1	1	0	1	0	35	.13	1	1	19		2		7	2	3		.91	.09
7	1	1	0	0	1	33	.12	8		4	2	5		9	2	3		.88	.12
8	1	1	0	0	0	14	.05			7		2		4		1		1.00	.00
9	1	0	1	1	1														
10	1	0	1	1	0	1	.00									1		.00	1.00
11	1	0	1	0	1														
12	1	0	1	0	0														
13	1	0	0	1	1														
14	1	0	0	1	0	1	.00							1				1.00	.00
15	1	0	0	0	1	1	.00							1				1.00	.00
16	1	0	0	0	0	1	.00	1										1.00	.00
17	0	1	1	1	1	3	.01		1						2			.00	1.00
18	0	1	1	1	0	2	.01		1	1								.50	.50
19	0	1	1	0	1	8	.03		2					1	2	2	1	.38	.63
20	0	1	1	0	0	2	.01				1				1			1.00	1.00
21	0	1	0	1	1	9	.03	1	1	3	1			1		2		.78	.22
22	0	1	0	1	0	7	.03	1	1	3					2			.57	.43
23	0	1	0	0	1	8	.03		3	1	2	1			1			.25	.75
24	0	1	0	0	0	14	.05	1	5	3					5			.29	.71
25	0	0	1	1	1	1	.00			1								1.00	.00
26	0	0	1	1	0														
27	0	0	1	0	1	1	.00			1								.00	1.00
28	0	0	1	0	0														
29	0	0	0	1	1														
30	0	0	0	1	0	6	.03	1		1		1		1	2			.17	.83
31	0	0	0	0	1														
32	0	0	0	0	0	6	.03	4		1				1				.00	1.00

vijf kolommen geven per antwoordpatroon de aantallen M+ en M- per categorie therapeuten. De fractie ongemotiveerd bevonden patiënten per antwoordpatroon blijkt uit kolom " $\bar{P}(M-)$ " en de fractie gemotiveerd bevonden patiënten uit kolom " $\bar{P}(M+)$ ". Van deze 192 patiënten waren er 12 ongemotiveerd volgens de therapeut en 180 (94%) gemotiveerd. Acht van deze twaalf ongemotiveerde patiënten bleken door de groepstherapeuten te zijn beoordeeld; en zeven van hen bleken te zijn verwezen. Er waren vier patiënten die aan de "Voorwaarden voor psychotherapie" beantwoordden, maar zij wilden eigenlijk een medicamenteuze behandeling (antwoordpatronen 9 t/m 16).

Onder de 263 patiënten bevonden zich er 53 die geen medicamenteuze behandeling wilden en die niet aan de "Voorwaarden voor psychotherapie" voldeden. Van hen waren er 21 (40%) positief beoordeeld op motivatie. Voorts zijn er 14 patiënten die niet aan de "Voorwaarden voor psychotherapie" voldeden en wel medicamenteus behandeld wilden worden (antwoordpatronen 25 t/m 32). Twaalf van hen hebben overeenkomstig de verwachting een negatief oordeel over motivatie gekregen; daarvan zijn er elf verwezen.

4.4. EVALUATIE

Van in totaal 281 beoordeelde patiënten konden 18 (6%) niet in de analyse betrokken worden. Van de 263 overgebleven patiënten werden er 206 (78%) gemotiveerd en 57 ongemotiveerd voor therapie bevonden. Van het oorspronkelijk aantal patiënten hadden 155 zich op het IMP, 65 op de Viersprong, en 61 op St. Joris aangemeld.

Wanneer onderscheid gemaakt wordt naar het therapeutische referentiekader, vonden de systeemtherapeuten ruim 90% (13 van de 14) van de patiënten, de Rogeriaans therapeuten 95% gemotiveerd, en de gedragstherapeuten ruim 85%, terwijl de groepstherapeuten in 70% positief over motivatie oordeelden; de psychoanalytici sluiten de rij met 60% positief.

Betrekken wij deze percentages in de beschouwing, dan kunnen we concluderen dat de therapeuten eenzelfde betekenis toekenden aan het begrip motivatie, zoals geoperationaaliseerd door Krause, maar zij kennen daaraan wel een verschillend gewicht toe. De biografische gegevens (zoals: sexe, leeftijd, duur van de klachten, verwijzingsbron, en in mindere mate, opleiding) leken nauwelijks of niet te discrimineren tussen M+ en M-.

Op de eerste indrukken en aspecten van de hulpvraag is M+ van M- te differentiëren. Vooral de psychoanalytici hechtten een (voor motivatie negatieve) waarde aan het feit dat de patiënt er ambivalent tegenover stond om van zijn klachten af te komen. De systeem- en groepstherapeuten kenden een in negatieve zin differentiërende waarde toe aan het steeds weer herhalen van dezelfde klachten.

Ten opzichte van overwegingen rond de indicatiestelling voor psychotherapie kon worden geconcludeerd dat deze duidelijk een rol van belang speelden (bijvoorbeeld bereidheid zich actief in te zetten tijdens de behandeling en zich te houden aan de noodzakelijke en gewenste psychotherapievoorwaarden).

5.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op methoden ter bepaling van de structuur van "item-pools" op vijf gebieden:

- 1) patiënts wensen
- 2) begrip "Ik-sterkte"
- 3) persoonlijkheidskenmerken
- 4) interpersoonlijke attractie
- 5) voorwaarden voor psychotherapie

Voor elk van deze vijf gebieden zal worden getracht de onderliggende structuur c.q. de latente variabele op te sporen. Dit is nodig om op een efficiënte en verantwoorde wijze te kunnen nagaan of de als gemotiveerd beoordeelde patiënten (M+) zich van de als ongemotiveerd beoordeelde patiënten (M-) laten differentiëren op deze vijf gebieden (zie hoofdstuk 7). Voor de bepaling van de structuren hebben wij gebruik gemaakt van de Mokken analyse methode (par. 5.2.). Wegens de relatieve onbekendheid van deze methode wordt eerst begripsmatig uiteengezet wat deze methode inhoudt, en daarna toegelicht met een concreet voorbeeld uit dit onderzoek (par. 5.2.1.). De procedure met betrekking tot de voor de Mokken analyse noodzakelijke dichotomisering van de items wordt beschreven in par. 5.2.2. Toepassingen van deze methode voor de vijf gebieden worden gepresenteerd in resp. par. 5.2.3.1. t/m 5.2.3.5., en geëvalueerd in par. 5.3.

5.2. MOKKEN ANALYSE METHODE

5.2.1. Een explicatie

De Mokken analyse is een schaalanalyse methode (Mokken, 1970). Deze beoogt het bepalen van de onderliggende structuur c.q. de latente variabele van een verzameling items c.q. variabelen. Bij een schaalanalyse wordt nagestreefd getallen (scores) aan attributen en items toe te kennen. Bij een test-theoretische benadering is de bedoeling daarentegen een getal (score) aan een individu toe te kennen. Het is ook mogelijk aan zowel attributen als aan individuen getallen c.q. scores toe te kennen (zie o.m. Torgerson, 1958; Coombs, 1964; Gifi, 1981). Kenmerkend voor een Mokken analyse is de unidimensionaliteit: "The position of an individual is reduced to one value which indicates his position (score) on the single dimension, the interpretation of which again depends on the problem behind the data". Uiteraard kunnen meerdere unidimensionele schalen uit de items geconstrueerd worden; men spreekt dan van "multiple scaling". Voorts is een kenmerk van de Mokken analyse methode het probabilistische karakter, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld Guttman's analyse methode (1950), welke deterministisch is. Met "probabilistisch karakter" wordt bedoeld dat er in het model ruimte gelaten wordt voor "random error" (toevallige variatie). Een beperking van de Mokken analyse is dat deze alleen uitvoerbaar is met dichotome c.q. gedichotomiseerde items, met andere woorden op echte tweedelingen respectievelijk op items met meerdere antwoordmogelijkheden welke tot een tweedeling gereduceerd zijn. Daarbij dient steeds het positieve alternatief waarop men de individuen en items vergelijkt, te worden aangegeven door de onderzoeker. Welk antwoordalternatief hiervoor in aanmerking komt hangt van de onderzoeksvraagstelling af. Zo'n antwoordalternatief kan een "composite" van meerdere antwoordmogelijkheden zijn. Een positief alternatief wordt ook wel "schaal-alternatief"

of "schaal-response" genoemd.

Het is van belang een maat te hebben voor de kwaliteit van een schaal. Hiertoe heeft Mokken voor een populatie de schaalbaarheidscoëfficiënt H voorgesteld. Deze maat geeft een indicatie voor de mate waarin de geconstrueerde schaal homogeen (een hoge H -waarde) dan wel heterogeen (een lage H -waarde) is. We zullen deze schaalcoëfficiënt aan de hand van een voorbeeld nader beschrijven. Stel, er zijn twee items: i en j ; item i is "moeilijker" dan item j , in die zin dat item i proportioneel minder frequent een positief antwoord zal opleveren dan item j in de beschouwde populatie van individuen.

Tabel 5.1: Relatie tussen items i en j in kruistabelvorm; item i is "moeilijker" dan item j , toegespitst op een concreet voorbeeld uit dit onderzoek.

		item j (onderscheid van realiteit en fantasie)		rijtotaal
		1 (pos. alt.)	0 (neg. alt.)	
item i (pt. crises adequaat 't hoofd geboden)	1 (pos. alt.)	n_{11} (59)	n_{10} (3)	n_i (62)
	0 (neg. alt.)	n_{01} (160)	n_{00} (41)	$n - n_i$ (201)
kolomtotaal		n_j (219)	$n - n_j$ (44)	n (263)

De twee items kunnen bijvoorbeeld (zie tabel 5.1.) zijn: "patiënt weet realiteit van fantasie te onderscheiden" respectievelijk "patiënt heeft de belangrijkste crises in het leven adequaat het hoofd geboden". Voor beide items is het positieve antwoordalternatief: ja; het niet-positieve antwoordalternatief omvat de andere antwoorden. Het eerstgenoemde item is het meest met ja beantwoord, dan is dat

item j, terwijl het laatstgenoemde item wordt aangegeven met i. In tabel 5.1. is de relatie tussen deze twee items gepresenteerd, zoals in dit onderzoek is waargenomen. De schaalcoëfficiënt tussen de items i en j voor de steekproef, \hat{H}_{ij} , is als volgt gedefinieerd (zie tabel 5.1.):

$$\hat{H}_{ij} = 1 - \frac{n_{10}}{n_i (n - n_j) / n} \quad (1.)$$

waarbij:

n_{10} : het empirisch gevonden aantal "foute" antwoorden
 $n_i (n - n_j) / n$: het aantal "foute" antwoorden dat verwacht kan worden onder de hypothese van onafhankelijkheid van de items i en j.

In dit verband betekent "fout" antwoorden dat op een "moeilijker" item positief geantwoord is terwijl op het "makkelijker" item juist niet positief geantwoord is; er is dan "inconsistent" beoordeeld. In het voorbeeld vinden we met behulp van formule (1.) $\hat{H}_{ij} = 1 - \frac{3}{62.44 / 263} = 0.71$. In feite is de coëfficiënt \hat{H}_{ij} een maat voor consistentie. Indien de relatie tussen de items i en j perfect zou zijn, zouden er dus geen "fouten" voorkomen ($\hat{H}_{ij} = 1.00$). Als ondergrens voor de kwaliteit van een schaal stelt Mokken een waarde $\hat{H}_{ij} = 0.30$. Hij kwalificeert daarbij een schaalcoëfficiënt \hat{H}_{ij} tussen 0.30 en 0.40 als zwak, tussen 0.40 en 0.50 als middelmatig en een schaalcoëfficiënt van ≥ 0.50 als sterk. In dit onderzoek hebben wij ons aan deze richtlijn gehouden, behalve dat wij een ondergrens van 0.40 in plaats van 0.30 hanteren. Uitgaande van formule (1.) kan voor iedere verzameling items een schaalcoëfficiënt voor de verzameling als geheel worden gedefinieerd:

$$\hat{H} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^{k-1} \sum_{j=i+1}^k n_{ij}}{\sum_{i=1}^{k-1} \sum_{j=i+1}^k (n_i (n - n_j) / n)} \quad (2.)$$

Daarnaast krijgt men inzicht in de kwaliteit van de schaal in zijn geheel. Naast schaalcoëfficiënten voor paren items en voor verzamelingen items, is tevens bepaling van de schaalcoëfficiënt van een item ten opzichte van de schaal waarvan het deel uitmaakt, mogelijk:

$$\hat{H}_i = 1 - \frac{\sum_{j=1}^k n_{ij}}{\sum_{j=1}^{i-1} (n_j) (n - n_i) + \sum_{j=i+1}^k (n_j) (n - n_j)} \quad (3.)$$

Items die de schaalcoëfficiënt van een verzameling items duidelijk verlagen, worden geëlimineerd opdat de schaal, zij het met minder items, aan homogeniteit wint. Dit zoekproces naar te elimineren items vindt volgens Mokken op zuiver statistische gronden plaats. De onderzoeker kan echter zelf de ondergrens van een schaalcoëfficiënt tevoren instellen; wij hebben deze op 0.40 gesteld. Uiteraard heeft de onderzoeker de mogelijkheid op ervarings- dan wel inhoudelijk-theoretische gronden items in een of meerdere groepen onder te brengen teneinde de structuur van elk van die groepen op te sporen.

Deze Mokken analyse methode zal nu met een concreet voorbeeld uit dit onderzoek nader worden toegelicht. Uit de 36 items die gezamenlijk het begrip "Ik-sterkte" representeren, is onder meer een schaal geconstrueerd welke "Adaptatie" is genoemd en die vijf items omvat (zie tabel 5.2.).

Tabel 5.2. behoeft enige toelichting: de nummers van de items en de omschrijvingen zijn vermeld in respectievelijk

Tabel 5.2: Voorbeeld van constructie van de later te behandelen schalen.

BMT-C ¹⁾ it.nrs.		pos. ²⁾ antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoëfficiënt incl. 95% betr. int.
19	pat. is emotioneel vol- wassen	1	.21	.51	$\hat{H} = .56$
36	pat. heeft belangrijkste crises adequaat het hoofd geboden	1	.24	.56	(.47; .64)
29	pat. past zich aan de veranderende omstan- digheden adequaat aan	1	.31	.53	
20	pat. heeft in verschil- lende levensfasen 'n eigen leven opgebouwd	1	.47	.62	
1	pat. weet realiteit van fantasie te onderscheiden	1	.83	.57	

1) BMT-C = sectie C van BMT

2) pos. antw. alt. = positief antwoord alternatief (1=ja, 0=nee)

3) \hat{P}_i = "moeilijkheidsgraad" van item i

4) \hat{H}_i = item-schaalcoëfficiënt (vgl. formule 3)

5) \hat{H} = schaalcoëfficiënt voor de gehele schaal (vgl. formule 2).

de eerste en de tweede kolom. De derde kolom bevat het positief antwoordalternatief, waarbij code 1 ja is en code 0 (komt in dit voorbeeld niet voor) neen is.

De schaalcoëfficiënt \hat{H} bedraagt in dit geval 0.56, zodat deze een sterke schaal genoemd mag worden. De coëfficiënten van de items in de schaal zijn in tabel 5.2. onder \hat{H}_i vermeld. Alle \hat{H}_i 's zijn hoger dan 0.50; dit betekent dat alle items substantieel bijdragen in de totstandkoming van de homogene schaal. De \hat{P}_i -waarden geven aan hoe groot de fractie patiënten is die volgens de therapeuten positief aan betreffend item beantwoordde, en zijn dus schattingen van de "moeilijkheidsgraad" van de items. De items zijn in tabel 5.2. gerangordend naar "moeilijkheidsgraad" (\hat{P}_i).

Een essentieel kenmerk van de Mokken analyse methode is dat positieve beantwoording van items met een lage \hat{P}_i -waarde

een grotere kans op positieve beantwoording van items met een hogere \hat{P}_i -waarde impliceert. Indien een patiënt volgens de therapeut dus emotioneel volwassen was (score 1 op item 19), dan had hij een grotere kans aan de overige items in de schaal "Adaptatie" te voldoen dan wanneer hij emotioneel niet volwassen was, aangezien item 19 ("emotionele volwassenheid") voor het kleinste aantal patiënten volgens de therapeut positief werd beoordeeld ($\hat{P}_i=0.21$). Indien een patiënt niet beantwoordde aan bijvoorbeeld het gemakkelijkste item, i.c. "patiënt weet realiteit van fantasie te onderscheiden" ($\hat{P}_i=0.83$), dan had hij een kleinere kans om aan de andere, meer "moeilijke" items te voldoen.

Naarmate een patiënt minder aan een "gemakkelijk" item bleek te voldoen, werd het des te waarschijnlijker dat hij evenmin voldeed aan een "moeilijk" item en des te meer naarmate de "moeilijkheidsgraad" toeneemt. Omgekeerd, hoe meer een patiënt aan een "moeilijk" item voldeed des te waarschijnlijker is het dat hij aan een minder moeilijk item positief beantwoordde en deze waarschijnlijkheid neemt toe naarmate het item gemakkelijker is.

Een unidimensionele schaal waarin de items naar "moeilijkheidsgraad" (\hat{P}_i -waarden) zijn gerangordend, wordt daarom ook wel een cumulatieve schaal genoemd. Op deze schaal komt de waarde van een item overeen met de waarde voor een patiënt die 50% kans heeft om het positief alternatief te krijgen.

De items die een unidimensionele schaal vormen, kunnen ook op een andere wijze worden geïnterpreteerd.

In figuur 5.1. zijn vijf lijnen (zgn. trace lijnen) getrokken, corresponderend met de vijf items van de schaal "Adaptatie". De trace lijnen geven de waarschijnlijkheid van een positief antwoordalternatief als functie van een onderliggend continuüm c.q. latente variabele weer. Op het onderliggend continuüm zijn de vijf items gerangordend naar moeilijkheidsgraad (\hat{P}_i -waarden). In operationele termen geformuleerd komt het overeen met de mate waarin de patiënten positief aan de onderscheiden items beantwoordden volgens de therapeut.

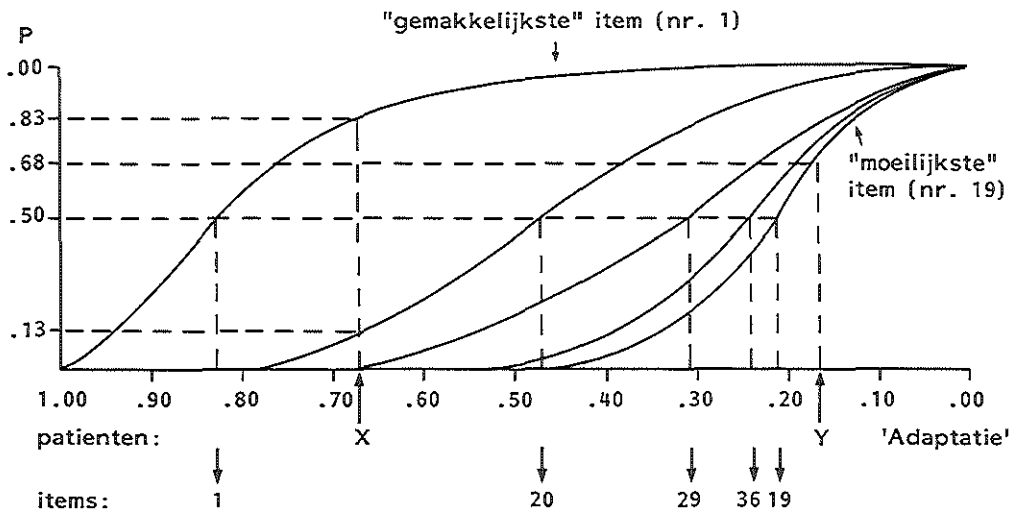


Fig. 5.1: tracelijnen voor 5 holomorfe items van schaal 1: 'Adaptatie' (zie tabel 5.2); X en Y representeren 2 patiënten.

De (schaal)posities op de latente variabele van twee fictieve patiënten (X en Y) zijn afgebeeld. Patiënt X heeft een grote kans (0.83) te voldoen aan item 1 ("het onderscheiden van realiteit en fantasie") maar een veel geringere kans (0.13) om aan item 20 ("patiënt heeft een eigen leven opgebouwd in de verschillende levensfasen") te voldoen, en een navenant geringere kans om nog moeilijkere items positief te beantwoorden. Patiënt Y daarentegen heeft volgens de therapeut een waarschijnlijkheid van 0.68 te voldoen op het moeilijkste item. Deze waarschijnlijkheden worden geschat uit het aantal positieve antwoordalternatieven, waaraan de patiënten volgens de therapeuten voldoen, mits mag worden aangenomen dat de groep een aselechte steekproef is uit een relevante populatie. Aangezien de waarschijnlijkheden voor de individuele patiënt kleiner dan 1.00 zijn, blijft het mogelijk dat zij op een moeilijker item positief worden beoordeeld en op een gemakkelijk item negatief. Dit is inherent aan het probabilistische karakter van Mokkens schaalmodel.

De Mokken analyse methode kan alleen gebruikt worden indien aan drie voorwaarden is voldaan:

- 1) de intercorrelatie tussen de items dient positief te zijn;
- 2) de minimumwaarde van \hat{H}_1 moet groter zijn dan de schaaldefiniërende ondergrens (i.c. 0.40);
- 3) de items die een schaal definiëren moeten "dubbel monotoon" zijn.

Laatstgenoemde voorwaarde kan aan de hand van figuur 5.1. worden verduidelijkt. Geen van de vijf trace lijnen snijden elkaar: de waarschijnlijkheid tot een positief antwoordalternatief van item j is minstens zo groot als de waarschijnlijkheid van een positief antwoordalternatief van het moeilijkere item i, voor welke positie van een individu dan ook op de schaal "Adaptatie". Wordt hieraan voldaan voor alle items die deel uitmaken van de schaal, dan spreken we van een dubbele monotonie van de itemverzameling. Een dergelijke itemverzameling wordt holomorf genoemd.

Bij de \hat{H} -coëfficiënten van een schaal kunnen 95% betrouwbaarheidsintervallen worden berekend. Deze berusten in principe op de aanname dat de steekproef aselekt is. Aangezien in dit onderzoek hier niet aan voldaan is, geven de betrouwbaarheidsintervallen slechts een globaal inzicht in de mate waarin elke schaalcoëfficiënt vastligt.

Voorts worden 95% betrouwbaarheidsintervallen vermeld van de schaalcoëfficiënten voor de subgroepen patiënten (\hat{H}_g), onderscheiden naar resp. motivatie en het therapeutisch referentiekader; hiermee wordt globaal een indruk verkregen binnen welke marges de schaalcoëfficiënten van de subpopulaties en populaties liggen. In dit kader zij nog opgemerkt dat het betrouwbaarheidsinterval in breedte evenredig is met de wortel van de steekproefomvang. Zo is bijvoorbeeld de ratio van de steekproefomvang voor M+ (206) ten opzichte van die voor M- (57) gelijk aan $\sqrt{206/57} = 1.90$. Dit betekent dat de betrouwbaarheidsintervallen voor M- bijna twee keer zo breed zijn als die voor M+.

5.2.2. Procedure met betrekking tot de dichotomisering van de items

Zoals reeds in par. 5.2.1. is opgemerkt is het noodzakelijk per item aan te geven welk(e) antwoord(en) tot een zogenaamd positief antwoordalternatief leid(t)(en): het ja-antwoord is aangegeven met code 1, het nee-antwoord met code 0 (zie tabellen 5.2., 3., 5., 7., 9., en 11. onder "pos. antw. alt.").

Bijvoorbeeld: Uit de Mokken analyse op persoonlijkheidskenmerken is de schaal "Open" voortgekomen (zie tabel 5.7.). Deze schaal bevat 9 items, zoals "eerlijk" en "oprecht" (code: 1) alsmede "gesloten" en "ontoegankelijk" (nee = code 0). Dit betekent dat een positief antwoordalternatief naast ja-antwoorden op items als "eerlijk" en "oprecht" ook nee-antwoorden op items als "ontoegankelijk" en "gesloten" bevat. Deze procedure is nodig omdat aan de Mokken analyse de voorwaarde verbonden is dat de items positief intercorreleren (zie par. 5.2.1.).

5.2.3. Mokken analyse methode: toepassingen

5.2.3.1. Patiënten wensen

De twaalf items die informeren naar de wensen van de patiënt (zie onder meer BMT-B) zijn aan de Mokken analyse methode onderworpen. Dit heeft geresulteerd in drie schalen: "Autoriteit", "Systeem", en "Psychologisch Inzicht".

"Autoriteit": Deze schaal bevatte de volgende drie items: patiënt wil suggesties voor oplossing c.q. vermindering van zijn problemen (item 1), patiënt wil dat de therapeut diens beslissingen fiatteert (item 7), en de patiënt geeft als zijn wens te kennen dat de therapeut voor hem beslissingen neemt (item 6).

De \hat{P}_i -waarde voor item 1 is 0.71. Dit betekent dat 71% van de patiënten in de steekproef suggesties c.q. vermindering van de problemen wilde. De schaalcoëfficiënt voor de hele schaal (\hat{H}) was gelijk aan 0.49 met 95% betrouwbaarheids-

Tabel 5.3: De d.m.v. Mokken-analyse geconstrueerde schalen t.a.v. patients wensen.

BMT-B it.nrs.	1. Autoriteit	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
6	ther. neemt de beslissingen	1	.40	.56	$\hat{H} = .49$
7	ther. fiatteert beslissingen van pat.	1	.58	.48	(.37; .61)
1	suggesties oplossingen c.q. vermindering van problemen	1	.71	.40	
it.nrs.	2. Systeem	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
11	gezin in behandeling betrekken	1	.02	.71	$\hat{H} = .66$
10	partner in behandeling betrekken	1	.14	.62	(.41; .91)
1	suggesties oplossingen c.q. vermindering van problemen	1	.71	.68	
it.nrs.	3. Psychol. inzicht	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
2	(meer) inzicht in psychologisch functioneren	1	.52	.59	$\hat{H} = .56$
9	inzicht in ontstaan en instandhouding van huidige problemen	1	.56	.60	(.46; .66)
12	pat. werkt aan eigen problemen	1	.65	.49	

grenzen: 0.37 - 0.61, dat wil zeggen er was sprake van een middelmatig-sterke schaal. De schaalcoëfficiënten van de individuele items varieerden tussen 0.40 en 0.56.

"Systeem": Ook deze schaal bevatte drie items met (wederom als eerste) item 1 (patiënt wil suggesties voor oplossing c.q. vermindering van zijn problemen) ($\hat{P}_1 = 0.71$); gevolgd door de wens de partner in de behandeling te betrekken (item 10) alsmede het gezin erin te betrekken (item 11).

Als de patiënt het gezin in de behandeling wilde betrekken impliceerde dit evenzeer diens wens dat de partner in de behandeling kwam. Deze redenering mag men niet omdraaien, aangezien de schaalopbouw hiërarchisch van karakter is. De schaalcoëfficiënt was sterk ($\hat{H} = 0.66$), en de betrouwbaarheidsgrenzen waren: 0.41 - 0.91. De schaalcoëfficiënten van de individuele items varieerden van 0.62 tot 0.71.

"Psychologisch Inzicht": Van deze schaal maakten drie items deel uit: patiënt wil aan zijn eigen problemen werken (item 12), patiënt wil inzicht in het ontstaan en instandhouding van de huidige problemen (item 9), en heeft de behoefte meer inzicht te krijgen in zijn psychologisch functioneren (item 2). De homogeniteit van de schaal bedroeg $\hat{H} = 0.56$, met het betrouwbaarheidsinterval: 0.46 - 0.66. De schaalcoëfficiënten van de individuele items varieerden van 0.40 tot 0.60.

De 95% betrouwbaarheidsintervallen voor M+ en M- alsook voor de vijf categorieën therapeuten, onderscheiden naar het therapeutisch referentiekader, zijn vermeld in tabel 5.4.

In het algemeen vertoonden de betrouwbaarheidsintervallen in hoge mate een overlap. Een uitzondering leek "Systeem" te zijn met $\hat{H}_g = 0.79$ voor M+ tot $\hat{H}_g = 0.14$ voor M-, maar het 95% betrouwbaarheidsinterval voor M- was groot (± 0.89). De schalen "Autoriteit", "Systeem" en "Psychologisch inzicht" konden robuust genoemd worden met betrekking tot het onderscheid naar motivatie. In hoeverre de drie schalen homogeen waren naar het therapeutisch referentiekader blijkt ook uit tabel 5.4. Voor de schaal "Autoriteit" kan ondanks enige verschillen in \hat{H}_g -coëfficiënten geconcludeerd worden dat deze robuust was met een afwijking naar boven bij de psychoanalytici ($\hat{H}_g = 0.79$). Niet te miskennen is dat de schaal "Systeem" erg varieerde met het therapeutisch referentiekader. Voor de gedrags- en de groepstherapeuten was het niet mogelijk deze coëfficiënten te berekenen omdat de patiënten dezelfde beoordeling hebben gekregen. De schaal "Psycholo-

Tabel 5.4: Schaalcoëfficiënten voor zowel M+ en M- als het therapeutisch referentiekader op patients wensen (incl. 95% betrouwbaarheidsintervallen).

Nr.	Schalen	Motivatie		Therapeutisch referentiekader				
		M+	M-	psychoan.	gedragsth.	systeemth.	groepsth.	Rogeriaans
1.	Autoriteit	.48 ± .13	.48 ± .25	.79 ± .20	.32 ± .25	.42 ± .61	.36 ± .20	.44 ± .30
2.	Systeem	.79 ± .22	.14 ± .89	1.00 ± .00	--*)	.39 ± .66	--*)	.17 ± .59
3.	Psychol. inzicht	.53 ± .12	.40 ± .23	.68 ± .24	.44 ± .19	.47 ± .41	.66 ± .17	.57 ± .24

*) Bij ontstentenis van variantie schattingen is het betrouwbaarheidsinterval niet te bepalen.

gisch inzicht" was robuust, ook wanneer er onderscheid gemaakt werd naar het therapeutisch referentiekader.

De conclusie lijkt gewettigd dat binnen de twaalf items welke patiënten wensen representeerden, er drie homogene schalen te vormen zijn, die (relatief) robuust waren wanneer onderscheiden werd naar motivatie en, zij het in mindere mate, naar het therapeutisch referentiekader.

Vier van de twaalf items bleken relatief onafhankelijk van elkaar en van de drie schalen te staan:

- 1) het aanleren van sociale vaardigheden (item 3)
- 2) patiënten wil om door behandeling het lijden te doen verminderen (item 4)
- 3) patiënten bedoeling om een einde te maken aan een onhoudbare situatie (item 5)
- 4) de wens om van vervelende of moeilijke sociale verplichtingen te worden ontslagen (item 8).

5.2.3.2. Ik-sterkte

De 36 items (zie BMT-C) zijn onderworpen aan de Mokken analyse, hetgeen geresulteerd heeft in vijf schalen:

"Adaptatie", "Cognitieve egofunctie", "Integratie", "Vermogen tot verbaliseren", en "Loocheling" (zie tabel 5.5.).

"Adaptatie": Deze schaal bevatte vijf items, waarvan "het onderscheid kunnen maken tussen realiteit en fantasie" het gemakkelijkste was ($\hat{P}_i = 0.83$). "Emotionele volwassenheid" bleek het moeilijkste te zijn ($\hat{P}_i = 0.21$), dat wil zeggen een patiënt die volgens de therapeuten emotioneel volwassen was, had een grotere kans te voldoen aan de andere vier items.

"Cognitieve egofunctie": Ook deze schaal bevatte vijf items. Volgens de therapeuten zag de meerderheid van de patiënten in dat zij een eigen verantwoordelijkheid hadden in het oplossen van de problemen ($\hat{P}_i = 0.75$). Het moeilijkste item van deze schaal betrof of de patiënt de klachten ervoer als iets wat *niet* aan hem gebeurde ($\hat{P}_i = 0.37$). De patiënten die naar de mening van de therapeuten in psychologische termen konden denken, hadden ook inzicht in hun eigen aandeel in de problemen.

"Integratie": Drie items maakten deel uit van deze schaal. Het ging er om of de patiënt naar het oordeel van de therapeut het vermogen had informatie (zoals gedachten en gevoelens van anderen ten opzichte van hemzelf) te integreren. Ook in deze schaal was het moeilijkste item "emotionele volwassenheid".

"Vermogen tot verbaliseren": Deze schaal bestond uit twee items die elkaar nauwelijks in moeilijkheid ontlieden: een "soepel hanteren van de gedachten" ging samen met een

Tabel 5.5: De d.m.v. Mokken-analyse geconstrueerde vijf 1k-sterkte schalen.

BMT-C it.nrs.	1. Adaptatie	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoëfficiënt incl. 95% betr. int.
19	pt. is emotioneel volwassen	1	.21	.51	$\hat{H} = .56$
36	pt. heeft belangrijkste crises adequaat het hoofd geboden	1	.24	.56	(.47; .64)
29	pt. past zich aan de veranderde omstandigheden adequaat aan	1	.31	.53	
20	pt. heeft in verschillende levensfasen een eigen leven opgebouwd	1	.47	.62	
1	pt. weet realiteit van fantasie te onderscheiden	1	.83	.57	
it.nrs.	2. Cognitieve egofunctie	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoëfficiënt incl 95% betr. int.
12	pt. ervaart klachten als aan hem gebeurend	0	.37	.59	$\hat{H} = .54$
10	pt. kan in psychologische termen denken	1	.50	.50	(.47; .62)
2	pt. heeft inzicht in eigen aandeel van z'n problemen	1	.50	.54	
28	pt. heeft vermogen tot zelfreflectie	1	.64	.59	
8	pt. heeft verantwoordelijkheid t.o.v. probleemoplossing	1	.75	.51	

Tabel 5.5: (voortgezet)

it.nrs.	3. Integratie	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
19	pt. is emotioneel vol- wassen	1	.21	.53	$\hat{H} = .54$
21	pt. integreert nieuwe informatie in het bestaande	1	.48	.55	(.40; .68)
23	pt. is geïnteresseerd in gevoelens en gedachten van anderen t.o.v. hemzelf	1	.71	.54	
it.nrs.	4. Vermogen tot verba- liseren	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
31	pt. hanteert gedachten- stroom soepel	1	.61	.50	$\hat{H} = .50$
34	pt. kan z'n gedachten en gevoelens adequaat verbaliseren	1	.67	.50	(.36; .64)
it.nrs.	5. Loochening	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
27	pt. meent dat moeilijk- heden veroorzaakt wor- den door omgeving	0	.66	.50	$\hat{H} = .50$
26	gevoelens van angst worden geloochend	0	.77	.50	(.34; .67)

"adequate verbalisering van gedachten en gevoelens".

"*Loochening*": Twee items maakten deel uit van deze schaal, namelijk "de moeilijkheden werden *niet* door de omgeving veroorzaakt en "gevoelens van angst werden *niet* geloochend". Laatstgenoemd item was het gemakkelijkst ($\hat{P}_i = 0.77$).

De range van de vijf schaalcoëfficiënten (\hat{H}) varieerde tussen 0.50 en 0.56. De 95% betrouwbaarheidsintervallen van de vijf schaalcoëfficiënten varieerden qua breedte van een range: 0.47 - 0.64 voor schaal "Adaptatie" tot een range:

0.40 - 0.68 voor schaal "Integratie". De schaalcoëfficiënten van de afzonderlijke items (\hat{H}_i) met de betreffende schalen waren minimaal 0.50.

De schalen waren sterk te noemen; de conclusie is gerechtvaardigd dat zij alle voldoen aan de kwalificatie unidimensionaal.

In feite is het denkbaar schalen te construeren die meerdere items gemeen hebben (vergelijk bijvoorbeeld laatstgenoemde schalen). Het is echter aannemelijk dat dit ten koste zou gaan van de inhoudelijke relevantie en van de homogeniteit.

De robuustheid van de gevonden schalen, indien onderscheiden werd naar motivatie en naar het therapeutisch referentiekader, is vervolgens beschouwd door inspectie van de 95% betrouwbaarheidsintervallen: er was een zodanige overlap dat niet geconcludeerd kan worden dat de schalen voor deze subgroepen zouden verschillen (zie tabel 5.6.).

Wanneer er een onderscheid gemaakt werd naar het therapeutisch referentiekader, bleek dat de schaalstructuren van de vijf opgespoorde schalen enige variatie vertoonden. Het is plausibel te veronderstellen dat bepaalde schalen voor bepaalde psychotherapiemethoden niet (erg) relevant waren (bijvoorbeeld het vermogen tot verbaliseren is niet belangrijk voor gedragstherapeuten) dan wel dat bepaalde schalen sommige therapeuten niet aanspraken. Evenmin mag worden uitgesloten dat bepaalde items die deel uitmaakten van de schalen, semantisch verschillend geïnterpreteerd werden. Resumeënd blijkt dat uit de 36 items die alle deel uitmaakten van het begrip Ik-sterkte, zoals doorgaans door psychoanalytici wordt gehanteerd, vijf schalen zijn voortgekomen, namelijk "Adaptatie", "Cognitieve egofunctie", "Integratie", "Vermogen tot verbaliseren", en "Loochening". Zij omvatten gezamenlijk 16 items, hetgeen er op wijst dat de structuur van deze items gecompliceerd is.

De 20 items die niet in de vijf schalen voorkwamen dienen afzonderlijk te worden onderzocht op mogelijkheden om M+ van

Tabel 5.6: De schaalcoëfficiënten voor zowel M+ en M- als het therapeutisch referentiekader op de Ik-sterkte schalen (incl. 95% betrouwbaarheidsintervallen).

Nr.	Schalen	Motivatie		Therapeutisch referentiekader				
		M+	M-	psychoan.	gedragsth.	systeemth.	groepsth.	Rogeriaans
1.	Adaptatie	.56 ± .09	.54 ± .25	.72 ± .18	.60 ± .15	--*)	.55 ± .17	.27 ± .18
2.	Cognitieve egofunctie	.52 ± .09	.52 ± .21	.63 ± .18	.44 ± .15	.65 ± .32	.63 ± .13	.49 ± .22
3.	Integratie	.52 ± .17	.32 ± .30	.81 ± .26	.52 ± .22	.33 ± .51	.53 ± .30	.30 ± .37
4.	Vermogen tot verbalisatie	.50 ± .16	.50 ± .26	.63 ± .34	.19 ± .25	.61 ± .61	.53 ± .27	.77 ± .27
5.	Loochening	.47 ± .20	.53 ± .31	.30 ± .37	.69 ± .26	.08 ± .16	.43 ± .28	.43 ± .58

*) Bij ontstentenis van variantie schattingen is het betrouwbaarheidsinterval niet te bepalen.

M- te differentiëren. Het lijkt voorts nodig patiënten die door psychoanalytici zijn beoordeeld afzonderlijk te beschouwen tegenover de patiënten die door de overige therapeuten zijn beoordeeld.

5.2.3.3. Persoonlijkheidskenmerken

De Mokken schaal analyse is tevens toegepast op 70 persoonlijkheidskenmerken. Daarbij werden van tevoren de items gerubriceerd op inhoudelijk-theoretische gronden. Daarna is op de afzonderlijke rubrieken de Mokken analyse toegepast.

Uiteindelijk zijn er negen homogene, inhoudelijk consistente persoonlijkheidsschalen geconstrueerd, welke als volgt zijn benoemd: "Open", "Stabiel", "Optimistisch", "Ontspannen", "Echt", "Beheerst", "Sthenisch", "Flexibel" en "Zeker" (zie tabel 5.7.). De schalen zijn op pragmatische gronden positief benoemd; men zou ook de tegengestelde benaming kunnen gebruiken.

De schalen zullen hierna summier worden gekenschetst.

"Open": Deze schaal behelsde negen kenmerken met als gemakkelijkste item "eerlijk" ($\hat{P}_i = 0.36$). Voorts kwamen onder meer de items "sympathiek" en "coöperatief" voor.

"Stabiel": Tien items maakten van deze schaal deel uit, waarvan "onbezonnen" de gemakkelijkste ($\hat{P}_i = 0.87$) was; gezien het positief antwoordalternatief 0 is, betekent dit dat de grote meerderheid van de patiënten *niet* onbezonnen werd bevonden. Het moeilijkste item was "evenwichtig" ($\hat{P}_i = 0.15$).

"Optimistisch": Deze schaal kreeg de naam van het moeilijkste item ($\hat{P}_i = 0.24$). Vijf items vormden deze schaal.

"Ontspannen": Ook deze schaal, bestaande uit vier items, werd genoemd naar het moeilijkste item ($\hat{P}_i = 0.16$).

"Echt": De drie items die van deze schaal deel uitmaakten, hadden een moeilijkheidsgraad die varieerde tussen 0.79 en 0.71.

"Beheerst": Ruim de helft van de patiënten werd door de therapeut beheerst gevonden. Het andere, minder moeilijke item

was "niet impulsief".

"Sthenisch": De drie items die deze schaal vormden, spreken voor zich.

"Flexibel": Dat bijna de helft van de patiënten *niet* rigide werd bevonden, wilde nog niet zeggen dat zij dus flexibel waren ($\hat{P}_i = 0.25$).

"Zeker": De moeilijkheidsgraad van de acht items van deze schaal varieerde van 0.64 (niet "week") tot 0.15 (niet "onze-ker").

Tabel 5.7: De d.m.v. Mokken-analyse geconstrueerde negen persoonlijkheidsschalen.

BMT-G it.nrs.	1. Open	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
18	aantrekkelijk	1	.36	.55	$\hat{H} = .50$
3	aangenaam	1	.46	.63	(.44; .56)
59	sympathiek	1	.56	.56	
64	gesloten	0	.59	.40	
7	open	1	.60	.49	
20	cooperatief	1	.68	.44	
60	ontoegankelijk	0	.69	.48	
36	oprecht	1	.75	.55	
6	eerlijk	1	.79	.58	
it.nrs.	2. Stabiel	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
28	evenwichtig	1	.15	.61	$\hat{H} = .49$
41	succesvol	1	.23	.43	(.42; .55)
49	zelfstandig	1	.30	.48	
51	labiel	0	.40	.41	
34	verdraagzaam	1	.41	.40	
32	verantwoord	1	.50	.53	
61	betrouwbaar	1	.67	.50	
52	chaotisch	0	.68	.52	
31	wispelturig	0	.74	.55	
30	onbezonnen	0	.87	.55	

Tabel 5.7: voortgezet.

it.nrs.	3. Optimistisch	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
63	optimistisch	1	.24	.53	$\hat{H} = .45$
69	somber	0	.41	.44	(.37; .53)
58	achterdochtig	0	.54	.40	
64	gesloten	0	.59	.45	
7	open	1	.60	.45	
it.nrs.	4. Ontspannen	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
67	ontspannen	1	.16	.59	$\hat{H} = .56$
40	rusteloos	0	.49	.50	(.46; .66)
44	ongeduldig	0	.58	.54	
65	ongedurig	0	.69	.65	
it.nrs.	5. Echt	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
16	onecht	0	.71	.64	$\hat{H} = .63$
48	overdreven	0	.72	.60	(.53; .73)
23	gekunsteld	0	.79	.67	
it.nrs.	6. Beheerst	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
25	beheerst	1	.52	.58	$\hat{H} = .58$
4	impulsief	0	.70	.58	(.41; .74)
it.nrs.	7. Sthenisch	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
41	succesvol	1	.23	.62	$\hat{H} = .60$
46	moedig	1	.33	.55	(.49; .72)
17	volhardend	1	.52	.65	

Tabel 5.7: voortgezet.

it.nrs.	8. Flexibel	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
33	flexibel	1	.25	.75	$\hat{H} = .75$
43	rigide	0	.44	.75	(.61; .89)

it.nrs.	9. Zeker	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoefficient incl. 95% betr. int.
15	onzeker	0	.15	.51	$\hat{H} = .49$
11	afhankelijk	0	.23	.41	(.42; .55)
12	resoluut	1	.26	.53	
29	weifelend	0	.38	.52	
39	aarzelend	0	.41	.42	
27	besluiteloos	0	.47	.56	
55	onderdanig	0	.62	.47	
24	week	0	.64	.46	

De range van de negen schaalcoëfficiënten (\hat{H}) liep van 0.45 tot 0.75. De 95% betrouwbaarheidsintervallen waren relatief smal: het breedste was dat van "Beheerst" (range: 0.41 - 0.74) en het smalste was dat van "Open" (range: 0.44 - 0.56). De schaalcoëfficiënten van de afzonderlijke items (\hat{H}_i) met de betreffende schalen bedroegen minstens 0.40.

Geconcludeerd kan worden dat de schalen sterk genoemd mogen worden en dat zij unidimensionaal zijn.

Doordat de 95% betrouwbaarheidsintervallen elkaar grotendeels overlappen, kan gesteld worden dat de schalen relatief robuust zijn. De 95% betrouwbaarheidsintervallen voor zowel het criterium motivatie als het therapeutisch referentiekader zijn aangegeven in tabel 5.8.

Resumerend komen wij tot de conclusie dat de negen geconstrueerde schalen inhoudelijk bestaansrecht hadden op grond van het feit dat zij kwalitatief sterk waren. Bij inspectie naar robuustheid bleken geen duidelijke discrepanties op te treden zodat dezelfde structuren ten aanzien van de persoon-

Tabel 5.8: De schaalcoëfficiënten voor zowel M+ en M- als het therapeutisch referentiekader op de negen persoonlijkheidsschalen (incl. 95% betrouwbaarheidsintervallen).

Nr.	Schalen	Motivatie		Therapeutisch referentiekader				
		M+	M-	psychoan.	gedragsth.	systeemth.	groepsth.	Rogeriaans
1.	Open	.44 ± .07	.49 ± .13	.57 ± .15	.50 ± .12	.45 ± .37	.46 ± .11	.60 ± .16
2.	Stabiel	.47 ± .08	.46 ± .13	.59 ± .11	.50 ± .12	--*)	.38 ± .14	.48 ± .17
3.	Optimistisch	.47 ± .09	.30 ± .17	.40 ± .20	.58 ± .14	.28 ± .39	.36 ± .15	.51 ± .21
4.	Ontspannen	.52 ± .11	.69 ± .18	--*)	.51 ± .17	--*)	.58 ± .20	.55 ± .25
5.	Echt	.58 ± .12	.73 ± .18	.83 ± .14	.69 ± .19	--*)	.55 ± .18	.31 ± .30
6.	Beheerst	.52 ± .19	.76 ± .29	.77 ± .29	.49 ± .31	.50 ± .78	.67 ± .33	.43 ± .33
7.	Sthenisch	.59 ± .12	.62 ± .27	.69 ± .20	.64 ± .19	.63 ± .60	.49 ± .25	.49 ± .28
8.	Flexibel	.76 ± .16	.56 ± .48	.80 ± .36	.60 ± .23	--*)	.89 ± .20	--*)
9.	Zeker	.48 ± .08	.54 ± .15	.49 ± .14	.46 ± .11	--*)	.52 ± .14	--*)

*) Bij ontstentenis van variantie schattingen is het betrouwbaarheidsinterval niet te bepalen.

lijkheidskenmerken kunnen worden gehanteerd voor M+ respectievelijk M- en het therapeutisch referentiekader.

5.2.3.4. Interpersoonlijke attractie

Het is voorstelbaar dat de aantrekkingskracht tot elkaar een rol speelt in het beoordelingsproces door de therapeut. Derhalve hebben wij vijf vragen geformuleerd die over de relatie gaan (zie BMT-E, nrs. 1, 2, 4, 5 en 7). Ook op deze vragen is de Mokken analyse uitgevoerd, hetgeen geleid heeft tot een unidimensionele schaal bestaande uit vier items. Deze waren: "Denkt u dat de patiënt met u zou willen samenwerken?", "Zoudt u met de patiënt willen samenwerken?", "Hoe zijn uw gevoelens ten opzichte van de patiënt?", en tenslotte "Voelt u zich tot de patiënt aangetrokken?".

Tabel 5.9: De d.m.v. Mokken-analyse geconstrueerde schaal voor "Interpersoonlijke attractie".

BMT-E it.nrs.	Interpersoonlijke Attraktie	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoëfficiënt incl. 95% betr. int.
4	ther. voelt zich tot pt. aangetrokken	1	.44	.66	$\hat{H} = .64$
7	ther.'s gevoelens t.o.v.pt. positief	1	.44	.65	(.55; .73)
1	ther. kan met pt. samen- samenwerken	1	.63	.68	
2	ther. denkt dat pt. met hem wil samenwerken	1	.70	.56	

De schaalcoëfficiënt bedroeg $\hat{H} = 0.64$ met het 95% betrouwbaarheidsinterval: 0.55 - 0.73. De itemschaalcoëfficiënten varieerden tussen 0.56 en 0.68. Wij concluderen hieruit dat wanneer de therapeut zich tot de patiënt aangetrokken voelde, dit impliceerde dat hij gevoelsmatig positief tegenover de patiënt stond en dat hij meende met de patiënt te kunnen samenwerken, alsook dat hij meende dat de patiënt met hem zou willen samenwerken. Anderzijds behoeft dit niet te betekenen dat, wanneer hij meende dat de patiënt met hem zou willen

Tabel 5.10: De schaalcoëfficiënt voor zowel M+ en M- als het therapeutisch referentiekader op de schaal 'Interpersoonlijke attractie' (incl. 95% betrouwbaarheidsintervallen).

Nr.	Schaal	Motivatie		Therapeutisch referentiekader				
		M+	M-	psychoan.	gedragsth.	systeemth.	groepsth.	Rogeriaans
1.	Interpersoonlijke attractie	.66 ± .11	.85 ± .22	.85 ± .14	.66 ± .20	.63 ± .37	.53 ± .18	.64 ± .20

samenwerken, hij met de patiënt zou willen samenwerken, evenmin dat hij gevoelsmatig positief tegenover de patiënt stond of dat hij zich tot de betrokken patiënt voelde aangetrokken. De robuustheid van de schaal "Interpersoonlijke attractie" bleek zowel naar patiënt's motivatie als naar het therapeutisch referentiekader voldoende; de schaalcoëfficiënten lagen op een goed niveau (zie tabel 5.10.).

5.2.3.5. Voorwaarden voor psychotherapie

Het laat zich denken dat naarmate de patiënt zich meer aan de voorwaarden voor psychotherapie houdt, de kans stijgt dat hij gemotiveerd geacht wordt volgens de therapeut. Om dit te onderzoeken hebben wij drie vragen geformuleerd:

- 1) Is patiënt bereid een "werkbaar contract" te accepteren in het kader van een bepaalde therapie-methode?
- 2) Is patiënt bereid zich te houden aan de door de therapeut gestelde, gewenste voorwaarden voor therapie?
- 3) Is patiënt bereid zich aan de noodzakelijke voorwaarden voor therapie te houden?

Deze drie vragen zijn aan de Mokken analyse onderworpen, hetgeen geresulteerd heeft in een homogene unidimensionele schaal "Voorwaarden voor psychotherapie".

Tabel 5.11: De d.m.v. Mokken-analyse geconstrueerde schaal "Voorwaarden voor psychotherapie".

BMT-E it.nrs.	Voorwaarden voor psycho- therapie	pos. antw. alt.	\hat{P}_i	\hat{H}_i	schaalcoëfficiënt incl. 95% betr. int.
12	pat. bereid zich te houden aan gewenste voorwaarden	1	.62	.82	$\hat{H} = .81$
13	pat. bereid zich te houden aan noodzakelijke voor- waarden	1	.63	.79	(.74; .88)
11	pat. bereid een werkbaar contract te accepteren	1	.69	.81	

De schaalcoëfficiënt ($\hat{H} = 0.81$) lag op een hoog niveau (zie tabel 5.11.), hetgeen ook gold voor de itemschaalcoëfficiënten (\hat{H}_i 's = rondom 0.80).

De robuustheid van de schaal "Voorwaarden voor psychotherapie" was voldoende zowel voor een onderscheid naar motivatie als naar het therapeutisch referentiekader. Voor de vermelding van 95% betrouwbaarheidsintervallen zij men verwezen naar tabel 5.12.

5.3. EVALUATIE

In dit hoofdstuk zijn met behulp van de Mokken schaal analyse methode de structuren voor de volgende vijf gebieden opgespoord:

- 1) patiënts wensen met betrekking tot psychotherapie;
- 2) Ik-sterke;
- 3) persoonlijkheidskenmerken;
- 4) interpersoonlijke attractie;
- 5) voorwaarden voor psychotherapie.

In eerste instantie werd onderzocht hoe complex de structuren van deze vijf gebieden zijn. Over het algemeen bleken deze homogeen tot zeer homogeen te zijn en bovendien goed interpreteerbaar.

Toegesplitst naar elk van deze gebieden afzonderlijk kan gesteld worden dat ten aanzien van patiënts wensen uit twaalf items drie schalen voortgekomen zijn, die samen acht items omvatten. De drie schalen behelsden respectievelijk dat de patiënt een autoriteit wilde die voor hem de beslissingen nam, dat de partner c.q. het gezin naar de mening van de patiënt in de behandeling moest betrokken worden, en dat de patiënt inzicht wilde in zijn (dys)functioneren.

Zowel interpersoonlijke attractie als voorwaarden voor psychotherapie bleken unidimensionaal gestructureerd te zijn.

Alle schalen bleken recht van bestaan te hebben, gemeten aan de schaalcoëfficiënten welke een indicatie zijn van de homogeniteit.

Tabel 5.12: Schaalcoëfficiënten voor zowel M+ en M- als het therapeutisch referentiekader op de schaal "Voorwaarden voor psychotherapie" (incl. 95% betrouwbaarheidsintervallen).

Nr.	Schaal	Motivatie		Therapeutisch referentiekader				
		M+	M-	psychoan.	gedragsth.	systeemth.	groepsth.	Rogeriaans
1.	Voorwaarden v. psychotherapie	.74 ± .11	.59 ± .27	.91 ± .10	.83 ± .13	--*)	.70 ± .16	--*)

*) Bij ontstentenis van variantie schattingen is het betrouwbaarheidsinterval niet te bepalen.

In tweede instantie is onderzocht of de geconstrueerde schalen robuust waren wanneer er een onderscheid gemaakt werd naar motivatie en naar het therapeutisch referentiekader. De analyse op robuustheid leverde doorgaans bevredigende resultaten op.

Alvorens na te gaan of M+ zich van M- laat differentiëren op de scores ontleend aan deze schalen (zie hoofdstuk 7) zal in het hiernavolgende hoofdstuk eerst aandacht worden geschonken aan een mogelijke "observer bias" van de therapeut.

HOOFDSTUK 6. BEOORDELING MOTIVATIE VAN DE PATIENT EN "OBSERVER BIAS" VAN DE THERAPEUT

6.1. INLEIDING

In dit onderzoek, waarin patiënten met betrekking tot hun motivatie door de therapeuten zelf beoordeeld zijn, is het belangrijk om na te gaan of de beoordelingen betrouwbaar zijn, met andere woorden of de therapeuten in hun beoordelingen goed vergelijkbaar en reproduceerbaar zijn. Als zij hierin systematisch verschillen spreken we van "observer bias" (onder andere door vooringenomenheid). Dit fenomeen kan in principe alleen worden opgespoord indien meerdere therapeuten dezelfde patiënten beoordelen. De opzet van dit onderzoek laat dit echter niet toe (zie hoofdstuk 3). Om toch een indruk te verkrijgen van de mate waarin "observer bias" optreedt, moesten wij een andere methode volgen. De mogelijke bias per therapeut is niet vast te stellen, omdat het aantal gemotiveerden (M+) respectievelijk ongemotiveerde (M-) patiënten, beoordeeld door elke therapeut, te gering is voor een betrouwbaar inzicht. Derhalve moet worden volstaan met het opsporen van mogelijke bias in vijf categorieën therapeuten. Daartoe zal worden nagegaan in hoeverre de vijf categorieën therapeuten overeenstemden in de mate waarin motivatie samenhangt met bepaalde kenmerken of eigenschappen. Ter illustratie een concreet voorbeeld: verwacht mag worden dat M+ patiënten geen voorkeur hadden voor een medicamenteuze behandeling, M- patiënten daarentegen wel. Nagegaan zal worden of de percentages M+ respectievelijk M-, die geen medicamenteuze behandeling wilden, voor de vijf categorieën therapeuten al dan niet gelijk waren. Indien de percentages tussen de categorieën therapeuten aanmerkelijk uiteenlopen, kan gesproken worden van "observer bias".

6.2. PROCEDURE

Om mogelijke "observer bias" op te sporen zijn vijf relevante doch duidelijk verschillende variabelen c.q. schalen uit het onderzoek geselecteerd:

1. "Voorwaarden voor psychotherapie": een schaal welke uit drie items bestaat; met deze schaal wordt gemeten de mate waarin de patiënt bereid was zich aan de voorwaarden voor psychotherapie te houden (score range: 0-3).
2. Medicamenteuze behandeling: de therapeut beoordeelt of de patiënt eigenlijk een voorkeur voor medicamenteuze behandeling had (1: nee, 2: overige).
3. Adaptatie: een schaal bestaande uit vijf items welke pretendeert het vermogen tot adaptatie te meten (score range: 0-5).
4. Beheerst: deze schaal omvat twee items welke pretendeert patiënts zelfbeheersing te meten (score range: 0-2).
5. Interpersoonlijke attractie: deze schaal bestaat uit vier items (score range: 0-4).

De schalen "Adaptatie" en "Beheerst" zijn aselekt getrokken uit de vijf schalen van Ik-sterkte, respectievelijk negen schalen van persoonlijkheidskenmerken, terwijl de andere drie op inhoudelijke gronden zijn gekozen. Deze vijf variabelen c.q. schalen werden zonodig gedichotomiseerd, waarbij een scheidingspunt is bepaald middels de zogenaamde odds-ratio ($\hat{\theta}$) op een zodanige wijze dat M+ zich van M- optimaal liet differentiëren (voor een explicatie van $\hat{\theta}$ zij verwezen naar hoofdstuk 7). Per categorie therapeuten is nagegaan hoeveel procent van M+ een beoordeling boven het scheidingspunt en hoeveel procent van M- een beoordeling onder het scheidingspunt kreeg. De resultaten voor elk van de vijf variabelen zijn aangegeven in tabel 6.1.

De percentages zijn berekend over de categorieën therapeuten waar minstens tien patiënten zijn beoordeeld.

Tabel 6.1: De mate waarin de patienten 'overeenstemmend' geklassificeerd zijn door de vijf categorieën therapeuten (therapeutisch referentiekader)

moti- vatie	Therapeutisch referentiekader	n	Voorwaarden psychothe- rapie	Medicamen- teuze be- handeling	Ik-sterkte: Adaptatie	Persoonlijk- heidsschaal: Beheerst	Interper- sonlijke attractie
M+	psychoanalytici gedragstherapeuten systeemtherapeuten groepstherapeuten Rogerianen		*) s.r.: ≥ 1	1	≥ 5	≥ 1	≥ 1
		29	90%	97%	21%	69%	90%
		69	83	99	17	83	96
		13	92	100	0	76	100
		54	92	94	6	78	87
		41	90	100	0	83	81
M-	psychoanalytici gedragstherapeuten systeemtherapeuten groepstherapeuten Rogerianen		*) s.r.: 0	0	≤ 4	0	0
		20	95	25	100	40	45
		10	70	30	90	20	30
		1					
		24	67	13	100	29	46
		2					
M+	gedragsth. IMP Joris groepsth. IMP Viersprong		*) s.r.: ≥ 1	1	≥ 5	≥ 1	≥ 1
		17	77	100	0	83	100
		52	85	98	23	83	94
		11	96	91	9	82	73
		43	91	95	5	77	91
M-	gedragsth. IMP Joris groepsth. IMP Viersprong	3					
		7					
		7					
		17					

*) s.r. = score range, dichotomie c.q. na dichotomisering.

6.3. RESULTATEN

Inspectie van tabel 6.1. en toetsing van verschillen per variabele met behulp van χ^2 -toets op homogeniteit van percentages leert het volgende:

"Voorwaarden voor psychotherapie": Op deze schaal bleek geen "observer bias" te kunnen worden aangetoond, noch bij M+ noch bij M-; ranges van 83% tot 92% respectievelijk 67% tot 95%.

"Medicamenteuze behandeling": Ook op deze schaal was geen "observer bias" aantoonbaar, noch voor M+ noch voor M-; ranges van 94% tot 100% respectievelijk 13% tot 30%.

"Adaptatie" M+: Op deze schaal bleken de categorieën therapeuten significant verschillend te hebben geoordeeld ($\chi^2 = 14.8$; $df = 4$; $0.001 \leq P \leq 0.01$). De percentages van M+ waren het hoogst voor de psychoanalytici en de gedragstherapeuten, terwijl de systeemtherapeuten en de Rogeriaans therapeuten geen van de door hen beoordeelde patiënten een hoog "adaptief" vermogen toekenden. Dat de percentages over het geheel laag zijn, komt doordat het optimale scheidingspunt tussen de score 4 en 5 lag waarboven naar verhouding weinig patiënten voorkwamen.

"Adaptatie" M-: In tegenstelling tot M+ waren de therapeuten in hoge mate eensgezind in hun beoordeling van M- op deze schaal; range: 90-100%.

"Beheerst": Er kon geen "observer bias" op deze schaal worden aangetoond, noch voor M+ noch voor M-; ranges van 69% tot 83% respectievelijk 20% tot 40%.

"Interpersoonlijke attractie": Op deze schaal kon geen "observer bias" worden aangetoond, noch voor M+ noch voor M-, ranges van 81% tot 100% respectievelijk 30% tot 46%.

Voor het onderscheiden naar de instituten, bleken slechts vier groepen therapeuten te voldoen aan het minimum van 10 beoordeelde (in dit geval gemotiveerde) patiënten (zie tabel 6.1.).

Er kon geen "observer bias" worden aangetoond met betrekking tot voorkeur voor medicamenteuze behandeling, de persoonlijkheidsschaal "Beheerst" en "Interpersoonlijke attractie".

Met betrekking tot de schaal "Adaptatie" bleken de verschillen wel significant te zijn ($\chi^2 = 10.5$; $df = 3$; $0.02 \leq P \leq 0.01$), waarbij de gedragstherapeuten van St. Joris afweken van de overigen.

6.4. EVALUATIE

In dit hoofdstuk ging het erom een antwoord te krijgen op de vraag of "observer bias" is opgetreden, door na te gaan in hoeverre de therapeuten in de beoordelingen van patiënten die zij als gemotiveerd (M+) resp. ongemotiveerd (M-) voor psychotherapie vonden, met elkaar overeenstemden. Om een enigszins gefundeerde impressie te verkrijgen is een vergelijking gemaakt tussen categorieën therapeuten, waarbij, voorzover zinvol, tevens naar instituten een onderscheid gemaakt is.

Om een eventuele "observer bias" op te sporen werden vijf variabelen geselecteerd, namelijk de schaal "Voorwaarden voor psychotherapie", voorkeur voor een medicamenteuze behandeling, de schaal "Adaptatie", de persoonlijkheidsschaal "Beheerst" en "Interpersoonlijke attractie".

Geconcludeerd kan worden dat de vijf categorieën therapeuten in de beoordeling van de motivatie van de patiënten over het algemeen goed met elkaar overeenstemden, met uitzondering van de beoordeling op het "adaptief" vermogen. Onderscheid naar instituten leverde hetzelfde beeld op.

HOOFDSTUK 7. SECUNDAIRE ANALYSES; DIFFERENTIATIE TUSSEN M+ EN M-

7.1. INLEIDING

Terwijl in hoofdstuk 4 de algemene resultaten gepresenteerd zijn en in hoofdstuk 5 de structuur bepaald is voor diverse gebieden, zal in dit hoofdstuk nader aandacht worden geschonken aan een mogelijke differentiatie tussen M+ en M-. Daarbij berekenen wij de scores op de schalen die in hoofdstuk 5 gevonden zijn. Daarnaast wordt de differentiatie voor de onderscheiden gebieden op itemniveau onderzocht. Daarbij zal op inhoudelijk-theoretische overwegingen veelal een onderscheid gemaakt worden tussen patiënten die door psychoanalytici beoordeeld zijn en patiënten die door de overige therapeuten (namelijk gedrags-, systeem-, groepstherapeuten, en de Rogeriaans therapeuten) beoordeeld zijn. De differentiatie zal worden onderzocht met betrekking tot

- a) patiënt's wensen, alsmede de mate van overeenstemming tussen de wensen en de verwachtingen dienaangaande (par. 7.2.);
- b) Ik-sterkte (par. 7.3.);
- c) persoonlijkheidskenmerken, waaronder Heymans' temperamenttypologie (par. 7.4.);
- d) interpersoonlijke relatie, welke wordt geoperationaliseerd door de schaal "Interpersoonlijke attractie", door de YAVIS-kenmerken van de patiënt en door Leary's interactie-roos (par. 7.5.).

Begripsmatige explicatie is voorts gegeven van de gebruikte statistische grootheden "odds-ratio" in par. 7.2.2.1., en de overeenstemmingsmaat "Kappa" (κ) in par. 7.2.3.1. De bevindingen worden geëvalueerd in par. 7.6.

7.2. WENSEN EN VERWACHTINGEN

7.2.1. Inleiding

Eerst trachten wij vast te stellen of M+ zich van M- laat differentiëren op wensen of doelstellingen van de patiënt. Reeds eerder (zie hoofdstuk 5) is de structuur van de 12 items waarin de wensen vervat zijn, vastgelegd. Dit heeft geresulteerd in drie schalen: "Autoriteit", "Systeem", en "Psychologisch inzicht". Per schaal zijn scores toegekend, zijnde het aantal ja-antwoorden gegeven door de therapeut. Aangezien alle drie schalen drie items bevatten, is voor elke schaal de range van scores derhalve 0-3. Een lage score betekent dat de patiënt naar de mening van de therapeut alleen positief beantwoordt aan de "gemakkelijkste" items, en een hoge score impliceert dat de patiënt ook aan de "moeilijke" items beantwoordt. De vraag: laat M+ zich van M- differentiëren op deze drie schalen, zal worden benaderd. Na een uiteenzetting over de statistische grootheid "odds-ratio" wordt de procedure met betrekking tot de optimale dichotomisering van de schaalscores beschreven. Daarna worden de resultaten gepresenteerd, gevolgd door een korte beschouwing hierover.

Vervolgens wordt de mate van overeenstemming tussen patiënten wensen en diens verwachtingen dienaangaande onderzocht en daarna wordt nagegaan in hoeverre deze verschilt tussen M+ en M- (par. 7.2.3.). Daartoe wordt eerst beknopt uiteengezet wat de overeenstemmingsmaat " κ " (par. 7.2.3.1.) inhoudt. Vervolgens wordt de procedure beschreven (par. 7.2.3.2.) en worden de resultaten gepresenteerd (par. 7.2.3.3.). Tenslotte volgt ook in par. 7.2.4. een presentatie (7.2.4.1.) en een beschouwing (7.2.4.2.) van patiënten verwachtingen omtrent de methode en het effect van psychotherapie.

7.2.2. Wensen

7.2.2.1. Odds-ratio: een begripsmatige explicatie.

De odds-ratio geeft de ratio tussen twee kansverhoudingen getalsmatig weer, zoals met het volgende concrete voorbeeld is te illustreren: Volgens de therapeuten hebben 235 van de 263 in analyse betrokken patiënten de wens te kennen gegeven door behandeling af te willen van het (psychisch) lijden (zie B.M.T. B. itemnr. 4). Van die 235 blijken er 189 tot M+ te behoren, en 46 tot M-. Van de overige 28 patiënten behoren er 17 tot M+ en 11 tot M- (zie tabel 7.1.).

Tabel 7.1: Differentiatie tussen M+ en M- op patients wens het (psychisch) lijden te verminderen.

	wens: lijdensvermindering	
	1 (ja)	0 (niet-ja)
M O T I V A T I E 1 (M+)	n_{11} (189)	n_{10} (17)
0 (M-)	n_{01} (46)	n_{00} (11)

De kansverhouding (odds) voor M+ patiënten in dit onderzoek de wens om wel resp. geen vermindering van het lijden na te streven is:

$$n_{11}/n_{10} = 189/17 = 11.1 \quad (1)$$

Dit betekent dat de kans dat volgens de therapeut een M+ patiënt de wens tot lijdensvermindering te kennen zal geven ruim 11 maal zo groot is dan de kans dat hij dat niet zal doen.

De kans (odds) van een M- patiënt met betrekking tot de

wens wel respectievelijk geen vermindering van het lijden na te streven is:

$$n_{01}/n_{00} = 46/11 = 4.2 \quad (2)$$

Voor M- geldt dus dat deze kans ruim vier maal zo groot is. Het quotiënt van deze twee kansverhoudingen is de odds-ratio ($\hat{\alpha}$)*; in formulevorm weergegeven:

$$\hat{\alpha} = \frac{n_{11}/n_{10}}{n_{01}/n_{00}} = \frac{n_{11} \cdot n_{00}}{n_{10} \cdot n_{01}} = 2.7 \quad (3)$$

Anders gezegd: voor een patiënt die tot M+ behoort is de kansverhouding op het nastreven versus niet nastreven van lijdensvermindering ruim $2\frac{1}{2}$ maal deze kansverhouding voor een patiënt die tot M- behoort. Omgekeerd kan geconcludeerd worden dat de therapeut de neiging heeft patiënten eerder gemotiveerd voor psychotherapie te vinden indien hij tot het oordeel kwam dat zij zich ten doel stellen van het lijden af te komen.

Aan de formule (3) kan men zien dat het rekenkundig een ratio van kruisproducten betreft; daarom wordt ook gesproken van "cross-product-ratio" (zie bijv. Mosteller, 1968).

Een odds-ratio van 1.0 wil zeggen dat de kansverhouding voor M+ gelijk is aan die voor M-. Beoordeling over motivatie van een patiënt is in dit geval niet gerelateerd aan het item in kwestie: zij zijn blijkbaar onafhankelijk. Naarmate $\hat{\alpha}$ evenwel meer van 1.0 afwijkt zal de samenhang tussen de twee variabelen des te groter zijn, en bijgevolg is M+ beter van M- te differentiëren. De odds-ratio is dus zowel een maat voor associatie tussen twee dichotome variabelen (2x2-tabel) als een maat voor differentiatie. De odds-ratio kan variëren tussen $-\infty$ en $+\infty$.

*) In feite is $\hat{\alpha}$ de geschatte odds-ratio, omdat de onderzochte groep beschouwd wordt als een steekproef.

Wanneer een of meerdere frequenties van de 2x2-tabel 0 zijn, wordt in navolging van Woolf (1955) een correctie toegepast, in die zin dat bij alle frequenties van de tabel 0.5 wordt opgeteld.

Bij de geschatte odds-ratio ($\hat{\alpha}$) zijn 95% betrouwbaarheidsintervallen gepresenteerd (Fleiss, 1979). Deze zijn in de eerste plaats bedoeld om de mate van onzekerheid aan te geven ten opzichte van de "ware" odds-ratio (α). In de tweede plaats geeft het betrouwbaarheidsinterval enig inzicht met betrekking tot de vraag of er sprake is van significante differentiatie, gesteld dat de 263 patiënten en de 23 therapeuten aselechte steekproeven zouden zijn uit de respectievelijke populaties. Ligt de waarde 1.0 binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval, dan is er geen sprake van een significante differentiatie. In bovengenoemd voorbeeld wordt voor het 95% betrouwbaarheidsinterval gevonden: 1.2 tot 6.0. Voor meer gedetailleerde informatie over odds-ratio's zij men verwezen naar onder meer Fienberg (1978) en Fleiss (1979).

7.2.2.2. Procedure

Er zijn drie schalen geconstrueerd: "Autoriteit", "Systeem", en "Psychologisch inzicht" uit de twaalf items die wensen representeren. De schaalscore is de som van het aantal positieve antwoordmogelijkheden, waaraan de patiënt volgens de therapeut voldoet. Indien een patiënt aan geen enkel item van een schaal positief beantwoordt volgens de therapeut, bedraagt diens schaalscore 0; indien hij aan alle items voldoet, behaalt hij een maximum, dat gelijk is aan het aantal items dat deel uitmaakt van de schaal.

Zoals in par. 7.2.2.1. is uiteengezet, kan $\hat{\alpha}$ alleen bepaald worden op dichotome c.q. gedichotomiseerde data. Bij schaalscores hebben wij doorgaans te maken met ordinale waarden. Om het differentiërend vermogen van zowel de items als de schalen rechtstreeks te kunnen vergelijken via de odds-ratio is dichotomisering van de schaalscores noodzakelijk. Daartoe is de volgende procedure gevolgd: het optimale schei-

dingspunt werd bepaald bij die schaalscore waar $\hat{\alpha}$ het meest afweek van 1.0. Zodoende werd exploratief de grens vastgelegd waar M+ zich van M- "optimaal" laat differentiëren, en werd zodoende een indruk van de mate waarin deze differentiatie ten hoogste optrad, verkregen.

7.2.2.3. Resultaten

Schaalscores. Twee van de drie schalen bleken statistisch niet significant tussen M+ en M- te differentiëren, namelijk "Autoriteit" en "Systeem" (zie tabel 7.2.).

Tabel 7.2: Differentiatie tussen M+ en M- op de 'wens'-schalen.

Nr.	Schalen	Optimaal scheidings- punt	$\hat{\alpha}$ (odds- ratio)	95% betr. interval
1.	Autoriteit	(0)/(1-3)	1.77	.75-4.19
2.	Systeem	(0)/(1-3)	2.02	.96-4.37
3.	Psychologisch inzicht	(0-2)/(3)	.14	.06- .34

Met betrekking tot "Psychologisch inzicht" is er een significante differentiatie tussen M+ en M- gevonden ($\hat{\alpha} = 0.14$), waarbij het optimale scheidingspunt tussen score twee en drie werd gelocaliseerd. De kansverhouding op een lage schaal-score ten opzichte van een hoge score was voor M+ dus 1/7 in vergelijking met die voor M-. Anders gezegd, de kansverhouding met betrekking tot de wens inzicht in het psychisch functioneren te verkrijgen was voor M+ ruim zeven maal die voor M-.

Items. De twaalf items zijn ook afzonderlijk op hun differentiërend vermogen beschouwd. Het bleek dat de vier items die niet in een van de schalen voorkwamen, alle significant differentieerden (zie tabel 7.3.).

We zien in tabel 7.3. onder meer dat, wanneer de patiënt de wens te kennen gaf te worden ontslagen van een vervelende

Tabel 7.3: Differentiatie tussen M+ en M- op basis van de wensen afzonderlijk.

BMT-B it.nrs.	Items (wensen)	pos. antw. alt.	(odds- ratio)	95% betr. interval
1.	suggesties v. oplossing c.q. vermindering v. problemen	1	.54	.27- 1.09
2.	inzicht in psychologisch functioneren	1	4.37	2.25- 8.49
3.*	vaardigheden t.b.v. interpersoonlijk functioneren	1	2.12	1.16- 3.88
4.*	vermindering van lijden	1	2.66	1.17- 6.06
5.*	beeindiging van onhoudbare situatie	1	1.92	1.09- 3.39
6.	ther. neemt beslissingen	1	.61	.34- 1.10
7.	ther. fiatteert beslissingen	1	.66	.37- 1.19
8.*	ontslag v. vervelende sociale verplichting	1	.36	.16- .79
9.	inzicht in ontstaan en in standhouding v. problemen	1	5.25	2.69-10.23
10.	partner in behandeling betrekken	1	2.35	.79- 6.96
11.	gezin in behandeling betrekken	1	.54	.10- 3.02
12.	pt. werkt aan eigen problemen	1	1.58	.88- 2.82

*) items die niet in een van de schalen voorkomen.

of een moeilijke sociale verplichting, hij een duidelijk grotere kans maakte om als ongemotiveerd (M-) voor de therapie te worden beschouwd dan wanneer hij dit niet nastreefde. Verder zien wij dat onder gemotiveerde patiënten (M+) naar verhouding meer patiënten voorkwamen die sociale vaardigheden wilden aanleren, respectievelijk die door behandeling hoopten

minder of zelfs helemaal niet meer onder hun problemen gebukt te gaan, en die op een dergelijke manier een onhoudbare situatie wilden beëindigen.

7.2.2.4. Discussie

Het is een interessante bevinding dat vooral onder de gemotiveerden (M+) de patiënten gevonden worden die inzicht in eigen functioneren nastreefden. De therapeuten hadden blijkbaar de neiging om positief over motivatie te oordelen ten opzichte van deze patiënten.

Het is begrijpelijk dat onder M- naar verhouding meer patiënten voorkomen die de verantwoordelijkheid voor hun problemen aan de therapeut wilden overdragen en die vinden dat de therapeut hun problemen moet kunnen oplossen.

Er zijn ook patiënten onder M- die "tools" aangereikt willen hebben om zichzelf sociaal te kunnen redden. Duidelijk is onzes inziens dat onder M- verhoudingsgewijs minder patiënten zijn die door inzicht in eigen functioneren zichzelf willen veranderen.

7.2.3. Wensen en verwachtingen met betrekking tot deze wensen

7.2.3.1. Maat voor overeenstemming: kappa (κ)

De mate waarin er overeenstemming is tussen de wensen die de patiënt volgens de therapeut met betrekking tot de behandeling heeft en de verwachtingen dienaangaande kan worden aangegeven door middel van de coëfficiënt "kappa" (κ). Daarin zijn twee parameters verdisconteerd, namelijk de waargenomen fractie overeenstemming (P_o) en de op basis van onafhankelijkheid verwachte fractie overeenstemming (P_e). Algebraïsch ziet dit er als volgt uit (zie onder meer Cohen, 1960):

$$\hat{\kappa}^* = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e} \quad (4)$$

Een concreet voorbeeld: Voor de M- patiënten willen we nagaan in welke mate de wens van die patiënten om suggesties te krijgen voor vermindering van problemen, overeenstemt met hun verwachtingen dienaangaande, beide beoordeeld door de therapeut. De gegevens voor de bepaling van $\hat{\kappa}$ zijn in tabel 7.4. weergegeven.

Tabel 7.4. is gerubriceerd van a t/m d, met de volgende betekenis:

- a. Linkertabel geeft de algebraïsche notatie van de waargenomen frequenties aan. Deze frequenties zijn in de tabel rechts ingevuld. Van de 57 M- patiënten zijn er 30 die suggesties voor oplossing c.q. vermindering van hun problemen willen en tevens verwachten dat dit zal gebeuren.
- b. In de linkertabel staat de algebraïsche notatie van waargenomen fracties vermeld en rechts zijn deze fracties ingevuld (P_o).
- c. Links is algebraïsch weergegeven wat de fracties zouden zijn indien patiënt's wens onafhankelijk zou zijn van diens verwachtingen met betrekking tot de wens ("suggesties voor oplossingen c.q. vermindering van problemen"). Rechts zijn deze fracties ingevuld die te verwachten zijn op basis van onafhankelijkheid.
- d. De tabel links geeft de gewichtscoefficienten aan voor ongewogen $\hat{\kappa}$, waarbij 1.0 toegekend wordt aan overeenstemming tussen patiënt's wens en verwachting dienaangaande volgens de therapeut (bijvoorbeeld volgens de therapeut wil de patiënt en verwacht hij ook suggesties voor vermindering van problemen); en 0.0 wordt toegekend indien er geen overeenstemming is.

Tabel rechts geeft de gewichtscoefficienten voor gewogen

*) In feite is $\hat{\kappa}$ de geschatte overeenstemmingscoëfficiënt, omdat de onderzochte groep beschouwd wordt als een steekproef.

Tabel 7.4: Schatting van de mate van overeenstemming tussen patiënts wens (suggesties voor oplossing van problemen) en diens verwachting dienaangaande, volgens de therapeut, voor M-patiënten (een voorbeeld).

a) VERWACHTING m.b.t. wens

	ja	w.n.	nee	
W				
E	ja	N_{11}	N_{12}	N_{13}
N	w.n.	N_{21}	N_{22}	N_{23}
S	nee	N_{31}	N_{32}	N_{33}
	$N_{.1}$	$N_{.2}$	$N_{.3}$	$N_{..}$

VERWACHTING m.b.t. wens

	ja	w.n.	nee	
W				
E	ja	30	4	11
N	w.n.	1	1	0
S	nee	0	0	10
	31	5	21	57

waargenomen frequenties

b) VERWACHTING m.b.t. wens

	ja	w.n.	nee	
W				
E	ja	P_{11}	P_{12}	P_{13}
N	w.n.	P_{21}	P_{22}	P_{23}
S	nee	P_{31}	P_{32}	P_{33}
	$P_{.1}$	$P_{.2}$	$P_{.3}$	$P_{..}$

VERWACHTING m.b.t. wens

	ja	w.n.	nee	
W				
E	ja	.53	.07	.19
N	w.n.	.02	.02	.00
S	nee	.00	.00	.18
	.54	.09	.37	1.00

waargenomen fracties: $P_o = .73$

c) VERWACHTING m.b.t. wens

	ja	w.n.	nee	
W				
E	ja	$P_{1.} P_{.1}$	$P_{2.} P_{.2}$	$P_{1.} P_{.3}$
N	w.n.	$P_{2.} P_{.1}$	$P_{2.} P_{.2}$	$P_{2.} P_{.3}$
S	nee	$P_{3.} P_{.1}$	$P_{3.} P_{.2}$	$P_{3.} P_{.3}$
	$P_{.1}$	$P_{.2}$	$P_{.3}$	$P_{..}$

VERWACHTING m.b.t. wens

	ja	w.n.	nee	
W				
E	ja	.43	.07	.29
N	w.n.	.02	.00	.01
S	nee	.10	.02	.06
	.54	.09	.37	1.00

fracties verwacht o.b.v. onafhankelijkheid: $P_e = .49$

d) VERWACHTING m.b.t. wens

	ja	w.n.	nee	
W				
E	ja	1.0	.0	.0
N	w.n.	.0	1.0	.0
S	nee	.0	.0	1.0

VERWACHTING m.b.t. wens

	ja	w.n.	nee	
W				
E	ja	1.0	.5	.0
N	w.n.	.5	1.0	.5
S	nee	.0	.5	1.0

gewichtscoefficienten: ongewogen \hat{k}

gewichtscoefficienten: gewogen \hat{k}

$\hat{\kappa}$, waarbij nu aan geringe discrepanties het gewicht 0.5 wordt toegekend.

De waargenomen fractie overeenstemming (P_o) voor de berekening van ongewogen kappa laat zich gemakkelijk berekenen:

$$\begin{aligned} P_o &= P_{11} + P_{22} + P_{33} \quad (\text{zie tabel 7.4.b}) \\ &= 0.53 + 0.02 + 0.18 \\ &= 0.73 \end{aligned}$$

De corresponderende fractie overeenstemming (P_e) die verwacht werd op basis van onafhankelijkheid is:

$$\begin{aligned} P_e &= P_1.P.1 + P_2.P.2 + P_3.P.3 \quad (\text{zie tabel 7.4.c}) \\ &= 0.43 + 0.00 + 0.06 \\ &= 0.49 \end{aligned}$$

Derhalve:

$$\hat{\kappa} = \frac{0.73 - 0.49}{1 - 0.49} = 0.47$$

De interpretatie is als volgt: de fractie overeenstemming op basis van onafhankelijkheid is 0.49. De fractie waargenomen overeenstemming bedraagt 0.73, hetgeen 0.24 boven de verwachte fractie ligt. De vraag is dan: welk gedeelte maakt 0.24 van het resterende, dus niet verwachte gedeelte ($1-0.49$) uit? Het antwoord luidt: $\frac{0.24}{0.51} = 0.47$. Deze coëfficiënt wordt ongewogen kappa genoemd, omdat een gewichtscoefficiënt 1.0 toegekend wordt voor overeenstemming, en 0.0 anderszins. *In dit onderzoek* is onderscheid gemaakt naar de mate waarin patiënts wens en verwachting dienaangaande overeenstemden en dienovereenkomstig zijn gewichtscoefficiënten toegekend (zie tabel 7.4.d, rechts).

Nu wordt de waargenomen fractie overeenstemming (P_o) voor de berekening van gewogen kappa als volgt berekend:

$$\begin{aligned} P_o &= (1.0) P_{11} + (1.0) P_{22} + (1.0) P_{33} + \\ &\quad (0.5) P_{12} + (0.5) P_{21} + (0.5) P_{23} + (0.5) P_{32} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
&= (1.0) (0.53) + (1.0) (0.02) + (1.0) (0.18) + \\
&\quad (0.5) (0.07) + (0.5) (0.02) + (0.5) (0.00) + (0.5) (0.00) \\
&= 0.78^*
\end{aligned}$$

De corresponderende fractie overeenstemming (Pe) dat verwacht werd op basis van onafhankelijkheid is:

$$\begin{aligned}
Pe &= (1.0) (P1.P.1) + (1.0) (P2.P.2) + (1.0) (P3.P.3) + \\
&\quad (0.5) (P1.P.2) + (0.5) (P2.P.1) + (0.5) (P2.P.3) + (0.5) (P3.P.2) \\
&= (1.0) (0.43) + (1.0) (0.00) + (1.0) (0.06) + \\
&\quad (0.5) (0.7) + (0.5) (0.02) + (0.5) (0.01) + (0.5) (0.02) \\
&= 0.55^*
\end{aligned}$$

De gewogen kappa is dan:

$$\hat{\kappa}_w = \frac{0.78 - 0.55}{1 - 0.55} = 0.51^*$$

Het toekennen van gewichtscoefficienten om de mate van overeenstemming c.q. discrepantie uit te drukken, is gewenst wanneer de variabelen van ordinaal niveau zijn (een duidelijk voorbeeld is de schaa score in dit onderzoek). Indien de waargenomen overeenstemming gelijk is aan de verwachte overeenstemming, bedraagt $\hat{\kappa} = 0.0$. De bovengrens van κ is 1.00: de overeenstemming is perfect. Deze wordt alleen bereikt indien het aantal categorieën voor beide items gelijk is, hetgeen vanzelfsprekend is doordat een ongelijk aantal categorieën per definitie discrepantie impliceert. De ondergrens van κ hangt af van de marginale verdeling: deze is $-Pe/(1-Pe)$ (zie Cohen, 1960). In de praktijk heeft $\kappa < 0.00$ geen andere betekenis dan dat er hoegenaamd geen overeenstemming is. De overeenstemmingsmaat κ is in eerste instantie ontwikkeld voor nominale data. Later heeft Cohen (1968) aangegeven hoe door middel van toekenning van gewichtscoefficienten de mate van discrepantie, bijvoorbeeld bij ordinale schaal, kan worden meegewogen.

*) In de tabellen zijn de berekeningen in meer decimalen uitgevoerd.

Niet alleen is onderzocht wat de overeenstemming is tussen wensen en verwachtingen dienaangaande, maar ook is nagegaan in welke mate patiënten verwachtingen overeenstemden met het hebben respectievelijk juist niet hebben van wensen. Daarbij hebben we ons beperkt tot patiënten waarvan de therapeut geoordeeld heeft dat zij bepaalde wensen nastreefden, respectievelijk juist niet nastreefden; patiënten van wie de therapeut aangaf niet te weten of zij bepaalde wensen hebben, vallen buiten dit gedeelte van de analyse. De hiertoe gebruikte maat voor overeenstemming is de zogenaamde conditionele gewogen kappa (κ_{CW}). De onderzoeksvraag hierbij is: gegeven patiënten wens, in welke mate stemt diens verwachting daarmee overeen? Of: gegeven dat een patiënt een bepaalde wens niet nastreeft, in welke mate stemt diens verwachting daarmee overeen?

Voor de bepaling van 95% betrouwbaarheidsintervallen van $\hat{\kappa}_W$ en $\hat{\kappa}_{CW}$ is gebruik gemaakt van door Schouten (1980) ontwikkelde formules voor de standaardfout respectievelijk Fleiss et al. (1969).

7.2.3.2. Procedure

De procedure voor de bepaling van schaa scores met betrekking tot patiënten verwachtingen of de wensen in vervulling zullen gaan, is identiek aan die voor bepaling van de wensen (zie par. 7.2.2.2.). De drie schalen welke geconstrueerd zijn op basis van de wensen, zijn ook met betrekking tot patiënten verwachtingen gehanteerd.

7.2.3.3. Resultaten

Overeenstemming op schalen. Wanneer wij patiënten wensen (volgens de therapeuten) relateren aan diens verwachtingen (volgens de therapeuten), bleek op alle drie schalen de waargenomen overeenstemming (P_o) in deze op een vrij hoog niveau te liggen, namelijk ≥ 0.81 . Zij lagen bovendien duidelijk boven de op basis van onafhankelijkheid verwachte overeenstemmingen (P_e) (zie tabel 7.5.). De berekende $\hat{\kappa}_W$ -waarden

waren dan ook substantieel. De 95% betrouwbaarheidsintervallen voor M+ en M- bleken elkaar zodanig te overlappen dat de twee categorieën patiënten, voorzover het de overeenstemming tussen wens en verwachting betreft, niet significant verschillen.

Tabel 7.5: Overeenstemming tussen patiënts wensen en verwachtingen op 'Autoriteit', 'Systeem', en 'Psychol. inzicht', onderscheiden naar M+ en M-.

Nr.	Schalen	M+				M-			
		P _o	P _e	\hat{K}_w	95% betr. int.	P _o	P _e	\hat{K}_w	95% betr. int.
1.	Autoriteit	.82	.60	.57	± .09	.81	.58	.54	± .16
2.	Systeem	.91	.77	.60	± .10	.90	.79	.52	± .20
3.	Psychol. inzicht	.89	.61	.71	± .07	.87	.60	.68	± .14

Volgens de therapeuten verwachtten de patiënten dat hun wensen (doelen, verlangens, etc.) gehonoreerd zouden worden. In deze laat M+ zich niet onderscheiden van M-: de overeenstemming is voor beide categorieën op hetzelfde niveau.

Overeenstemming op afzonderlijke items. De overeenstemming tussen patiënts wensen en verwachtingen dienaangaande is tevens op de twaalf afzonderlijke items zowel voor M+ als voor M- bepaald (zie tabel 7.6.).

De waargenomen fractie overeenstemmingen (P_o) tussen wensen en verwachtingen bleek voor M+ minstens 0.79 als ondergrens te hebben en voor M- minstens 0.76 te zijn. Bij M+ respectievelijk M- bleken elf van de twaalf items een $\hat{K}_w \geq 0.55$ te halen. De overeenstemming bleek doorgaans niet te verschillen tussen M+ en M-. Dat blijkt ook uit figuur 7.1., waar het patroon van de twaalf \hat{K}_w 's is weergegeven: het profiel is voor beide categorieën patiënten gelijkend.

Aan de hand van figuur 7.1. kan men zien dat "Suggesties voor oplossing c.q. vermindering van problemen", "Therapeut neemt de beslissingen", "Therapeut fiatteert beslissingen",

Tabel 7.6: De overeenstemming tussen wensen en verwachtingen voor M+ en M-, per item.

BMT-B it.nrs.	Items	M+				M-				
		n	P _o	P _e	\hat{K}_w 95% betr. int.	n	P _o	P _e	\hat{K}_w 95% betr. int.	
1.	suggesties v. oplossing c.q. vermindering v. problemen	201	.85	.56	.66 ± .11	57	.76	.56	.47 ± .21	
2.	inzicht in psychologisch functioneren	200	.93	.57	.84 ± .07	57	.89	.56	.74 ± .16	
3.	vaardigheden t.b.v. interpersoonlijk functioneren	198	.94	.55	.86 ± .07	57	.95	.51	.89 ± .11	
4.	vermindering van lijden	201	.98	.90	.81 ± .15	57	.94	.71	.79 ± .20	
5.	beeindiging van onhoudbare situatie	200	.90	.56	.76 ± .09	57	.93	.50	.86 ± .13	
6.	ther. neemt beslissingen	199	.79	.53	.55 ± .11	57	.82	.50	.65 ± .19	
7.	ther. fiatteert beslissingen	199	.84	.51	.68 ± .09	57	.82	.52	.64 ± .19	
8.	ontslag v. vervelende sociale verplichting	200	.98	.79	.88 ± .09	56	.95	.63	.85 ± .14	
9.	inzicht in ontstaan en in standhouding v. problemen	201	.94	.61	.85 ± .08	56	.87	.55	.70 ± .18	
10.	partner in behandeling betrekken	193	.91	.65	.75 ± .10	49	.96	.82	.77 ± .29	
11.	gezin in behandeling betrekken	191	.98	.90	.84 ± .15	52	.97	.92	.65 ± .48	
12.	pt. werkt aan eigen problemen	198	.86	.78	.36 ± .14	54	.80	.50	.60 ± .19	

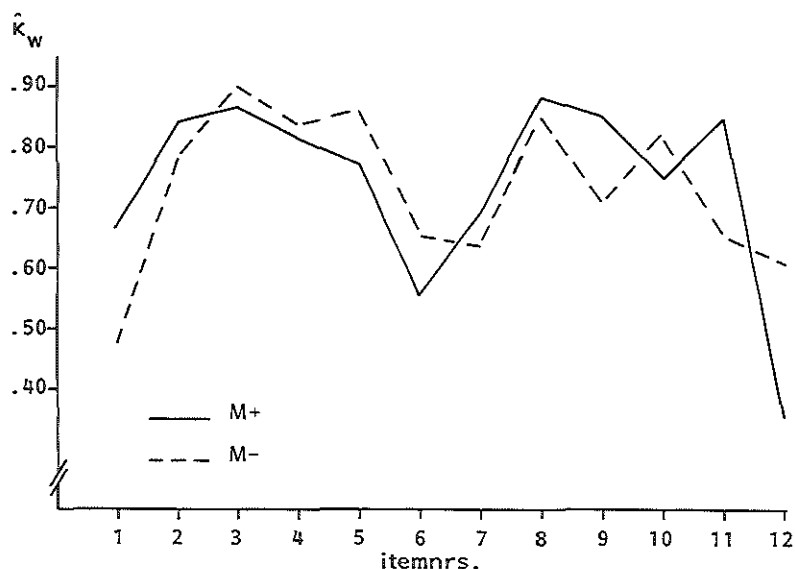


Fig. 7.1: De overeenstemming tussen wensen en verwachtingen voor M+ en M-, per item.

en "Patiënt moet aan eigen problemen werken" de laagste $\hat{\kappa}_w$'s hebben; dit geldt voor beide categorieën patiënten. Overigens kan geconcludeerd worden dat ook de waargenomen overeenstemming tussen patiënten wensen en verwachtingen, per item beschouwd, hoog genoemd mag worden voor zowel M+ als M-. Ook hierop laten de twee bedoelde categorieën patiënten zich niet differentiëren.

Overeenstemming van patiënten verwachtingen conditioneel op wensen. Vervolgens is nagegaan wat er gebeurt wanneer wij een opsplitsing maken naar wensen waar de patiënt volgens de therapeut achter stond (i.e. ja-antwoord) en wensen die hij niet nastreefde (nee-antwoord). De vraag is of de verwachtingen corresponderen met de eerst- respectievelijk laatstgenoemde wensen, zowel voor M+ als M-. In het eerste geval is er sprake van overeenstemming indien de patiënt verwachtte dat de wensen die hij had, gerealiseerd zouden worden; in het laatste geval waarin de patiënt bepaalde wensen juist niet nastreefde, is er sprake van overeenstemming wanneer

de verwachtingen daarmee correspondeerden. De resultaten zijn weergegeven in tabel 7.7. en figuur 7.2. Deze laten zien dat M+ en M- in dit opzicht niet te differentiëren waren.

Tabel 7.7: De overeenstemming tussen wensen (conditioneel op ja- en nee-antwoordalternatieven) en verwachtingen voor M+ en M-, per item.

BMT-B it.nrs.	Items	M+				M-			
		P _o	P _e	\hat{K}_w	95% betr. int.	P _o	P _e	\hat{K}_w	95% betr. int.
1.	suggesties v. oplossing c.q. vermindering v. problemen	ja nee	.84 .85	.65 .35	.56 ± .13 .77 ± .14	ja nee	.71 1.00	.59 .41	.30 ± .18 1.00
2.	inzicht in psychologisch functioneren	ja nee	.97 .84	.69 .31	.89 ± .07 .77 ± .13	ja nee	1.00 .86	.38 .62	1.00 .63 ± .22
3.	vaardigheden t.b.v. interpersoonlijk functioneren	ja nee	.95 .91	.65 .35	.86 ± .09 .86 ± .11	ja nee	1.00 .91	.45 .55	1.00 .80 ± .18
4.	vermindering van lijden	ja nee	.98 .88	.94 .06	.73 ± .20 .87 ± .24	ja nee	.96 .88	.81 .19	.77 ± .27 .85 ± .28
5.	beeindiging van onhoudbare situatie	ja nee	.89 .91	.65 .36	.69 ± .11 .86 ± .11	ja nee	.85 1.00	.42 .58	.73 ± .22 1.00
6.	ther. neemt beslissingen	ja nee	.59 .90	.33 .67	.38 ± .13 .71 ± .15	ja nee	.70 .93	.43 .57	.47 ± .23 .84 ± .21
7.	ther. flatteert beslissingen	ja nee	.77 .91	.47 .53	.56 ± .16 .80 ± .12	ja nee	.72 .94	.50 .50	.44 ± .22 .88 ± .23
8.	ontslag v. vervellende, moeilijke sociale verplichting	ja nee	.83 1.00	.11 .89	.81 ± .17 .97 ± .05	ja nee	.79 1.00	.22 .78	.73 ± .26 1.00
9.	inzicht in ontstaan en in standhouding v. problemen	ja nee	.97 .86	.73 .27	.87 ± .09 .81 ± .14	ja nee	.96 .82	.40 .60	.94 ± .11 .54 ± .23
10.	partner in behandeling betrekken	ja nee	.71 .95	.24 .76	.62 ± .19 .81 ± .13	ja nee	.75 .98	.10 .90	.72 ± .46 .77 ± .39
11.	gezin in behandeling betrekken	ja nee	.50 1.00	.05 .95	.48 ± .51 1.00	ja nee	.50 .99	.04 .96	.48 ± .71 .73 ± .48
12.	pt. werkt aan eigen problemen	ja nee	.99 .20	.93 .07	.85 ± .20 .14 ± .14	ja nee	1.00 .60	.67 .33	1.00 .40 ± .22

*) Als alle patiënten dezelfde score behaalden, ontbreekt de variantie schatting, zodat geen 95% betrouwbaarheidsinterval is te geven.

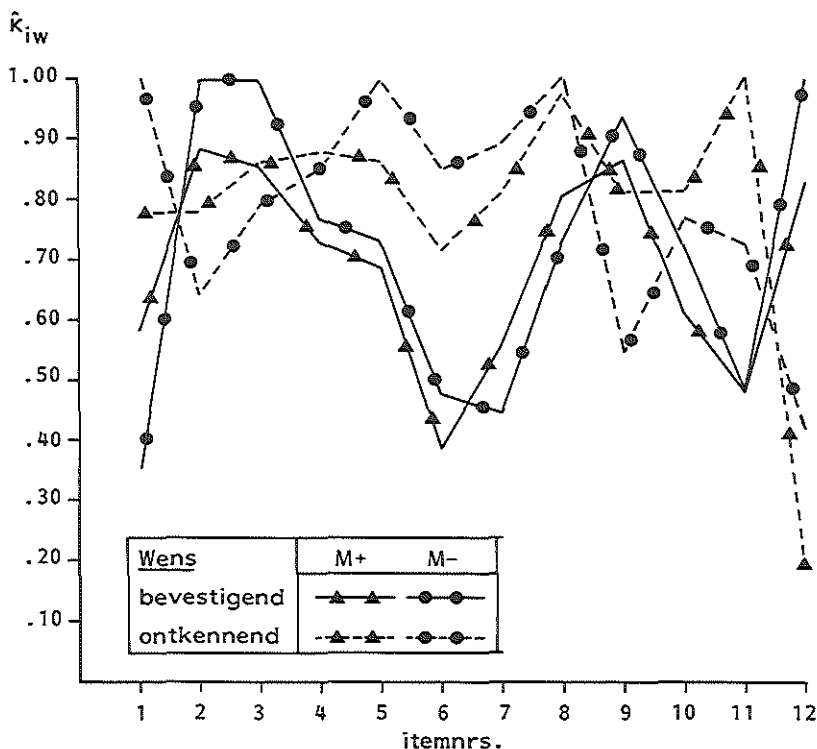


Fig. 7.2: De overeenstemming tussen wensen (conditioneel op ja- en nee-antwoordalternatieven) en verwachtingen, voor M+ en M-, per item.

Aan figuur 7.2. kan men zien dat de patronen van M+ en M- zeer op elkaar gelijken. Ogenscheinlijk is er wel een differentiatie tussen patiënten die bepaalde wensen nastreefden en zij die die wensen niet nastreefden. Ten aanzien van het laatstgenoemde aspect vertoonden de profielen min of meer een spiegelbeeld.

7.2.3.4. Discussie

Geconcludeerd mag worden dat zowel op schaal- als op item-niveau patiënten wensen en verwachtingen volgens de therapeut goed overeenstemden. Hierin waren M+ en M- niet te differentiëren. Er dienen zich drie verklaringen hiervoor aan die elkaar overigens niet behoeven uit te sluiten: (1) de thera-

peuten c.q. de patiënten hadden er moeite mee om wensen van verwachtingen ten aanzien van die wensen te onderscheiden. Niet ongebruikelijk is dat patiënten bepaalde verwachtingen hebben welke in connotatief opzicht de betekenis van wensen in zich dragen; (2) het is voorstelbaar dat de therapeuten de indruk hadden dat de patiënten verwachtten dat hun wensen gehonoreerd zouden worden. De patiënten hebben er mogelijk niet bij stilgestaan dat bepaalde wensen niet te realiseren waren doordat bijvoorbeeld het instituut niet de beschikking had over de juiste behandelingsmethode; (3) het is de vraag of patiënt's wens, waarmee hij kwam, tijdens de intake ongewijzigd is gebleven, of dat deze na verloop van één of meerdere gesprekken met de therapeut is aangepast c.q. gemodificeerd in de richting waarin het instituut c.q. de therapeut wilde. Daardoor had de patiënt mogelijk de verwachting dat zijn veranderde wens gerealiseerd zou worden.

Conditionele uitsplitsing naar ja/nee-wensen leverde een gelijksoortig beeld op, maar er waren enkele uitzonderingen. Voor zowel M+ als M- bleek dat de verwachtingen niet goed aansloten aan de wensen indien de patiënten het volgende nastreefden: (a) de therapeut zou de beslissingen moeten nemen; (b) de therapeut zou de beslissingen van de patiënt moeten fiatteren; (c) het gezin moet in de behandeling betrokken worden. De patiënten hadden deze wensen weliswaar, maar ze verwachtten niet dat zij in vervulling zouden gaan. Specifiek voor M- geldt dat diegenen onder hen die een oplossing c.q. vermindering van problemen nastreefden, niet verwachtten dat dit daadwerkelijk zou gebeuren. Evenmin verwachtten gemotiveerde en ongemotiveerde patiënten die niet aan hun eigen problemen wilden werken dat zij daarin door de therapeut gesteund zouden worden. Het gemeenschappelijke in zojuistgenoemde discrepanties is te vinden in het negatieve gehalte van de wensen, waarvan zij van te voren (meenden te) weten dat die niet door de therapeut zouden worden gehonoreerd; zij liepen als het ware hierop vooruit.

7.2.4. Verwachtingen ten aanzien van de methode en het effect van de behandeling

7.2.4.1. Resultaten

Bekend is dat patiënten motivatie voor een psychotherapeutische behandeling samenhangt met wat hij ervan verwacht. Het kan voor een therapeut aanleiding zijn een patiënt ongemotiveerd te vinden, wanneer de patiënt geen heil ziet in de therapiemethode c.q. weinig vertrouwen heeft in een positieve afloop. Vandaar dat is onderzocht of M+ zich van M- hierop liet differentiëren (zie tabel 7.8.).

Van de M+ patiënten had 25% (= 52/206) volgens de therapeuten hoge verwachtingen over zowel de therapiemethode als de afloop ervan; 61% (= 125/206) had gematigde tot hoge verwachtingen. Uitgesproken lage verwachtingen hadden vier patiënten. Dat verwachtingen niet altijd van belang waren, laat staan doorslaggevend, kan worden geconcludeerd uit het gegeven dat de therapeuten geen idee hadden wat de verwachtingen waren van 33 gemotiveerd geachte patiënten met betrekking tot de methode én het effect van de therapie.

Van M- hadden drie patiënten hoge verwachtingen van zowel de methode als het effect van de behandeling. Gematigde tot hoge verwachtingen met betrekking tot de methode én het effect had 19% (= 11/57), terwijl, zoals kon worden verwacht, 26 patiënten (= 46%) niet veel vertrouwen in deze twee aspecten van de therapie bleken te hebben.

Van 16% van M+ en 18% van M- hadden de therapeuten geen impressie met betrekking tot patiënten verwachtingen omtrent de therapiemethode én omtrent het effect van de behandeling.

7.2.4.2. Discussie

De conclusie is gerechtvaardigd dat patiënten verwachtingen met betrekking tot zowel de methode als het effect van de behandeling M+ van M- doet differentiëren. Het optimale scheidingspunt ligt tussen lage en gematigde verwachtingen. De kansverhouding voor M+ dat zij gematigde tot hoge verwach-

Tabel 7.8: Kruistabel tussen verwachting t.a.v. de therapie-
methode en verwachtingen t.o.v. de resultaten,
onderscheiden naar M+ en M-.

		VERWACHTING effect therapie				rij- totaal
		hoog	gema- tigd	laag	w.n. *)	
V E R W A C H T I N G M E T H O D E	hoog	52	4	-	4	60
	gematigd	8	73	1	10	92
	laag	1	2	4	-	7
	w.n.	5	9	-	33	47
kolomtotaal		66	88	5	47	206

*) weet niet

		VERWACHTING effect therapie				rij- totaal
		hoog	gema- tigd	laag	w.n.	
V E R W A C H T I N G M E T H O D E	hoog	3	-	1	-	4
	gematigd	3	8	1	2	14
	laag	-	2	26	1	29
	w.n.	-	-	-	10	10
kolomtotaal		6	10	28	13	57

tingen respectievelijk lage verwachtingen met betrekking tot de methode en het effect van behandeling hadden, bedraagt $125/4 = 31.3$, terwijl de kansverhouding voor M- in deze 11/26 = 0.4 is.

De odds-ratio is bijgevolg gelijk aan 73.9. Patiënten verwachtingen zijn ogenschijnlijk van grote betekenis als het gaat om het oordeel van de therapeut inzake de motivatie van de patiënt voor psychotherapie. Als deze stelling juist mocht zijn dan is voornamelijk moeilijk te verklaren waarom percentagegewijs de therapeuten over zoveel patiënten, gelijkelijk voorkomend bij M+ en M-, geen oordeel in deze hebben uitgesproken.

7.3. IK-STERKTE

7.3.1. Inleiding

De vraag die wij hier willen benaderen, is of M+ zich van M- laat differentiëren op het begrip Ik-sterkte.

Bepaling van de structuur (zie hoofdstuk 5) heeft geresulteerd in vijf homogene schalen: (1) "Adaptatie", (2) "Cognitieve egofunctie", (3) "Integratie", (4) "Vermogen tot verbaliseren", en (5) "Loochening".

De schaalscore is gelijk aan het totaal van de positieve antwoordmogelijkheden waaraan de patiënt volgens de therapeut voldoet, op de items die de desbetreffende schaal vormen (zie ook par. 7.2.2.2.). Dit impliceert dat de minimum score 0 kan zijn, namelijk indien de therapeut vindt dat de patiënt aan geen van de positieve antwoordalternatieven van de schaal-items voldoet, en dat het maximum gelijk is aan het aantal items dat deel uitmaakt van de schaal. Welke antwoordalternatieven als positief worden aangemerkt is beschreven in hoofdstuk 5. Bepaling van het optimale scheidingspunt verloopt analoog aan de procedure welke is toegepast ten aanzien van patiënten wensen. De mate van differentiatie wordt uitgedrukt in termen van $\hat{\alpha}$ (zie par. 7.2.2.1.).

Daar waar α apart voor psychoanalytici en voor niet-analytici berekend is, kan het optimale scheidingspunt verschillen, zowel voor de beide categorieën therapeuten ten opzichte van elkaar, als voor beide categorieën ten opzichte van de "overall" α .

De onderzoeksvraag luidt, in operationele termen geformuleerd: "Laat M+ zich van M- differentiëren op de vijf geconstrueerde schalen?". Deze vraag zal worden benaderd in par. 7.3.2., waarna een discussie volgt in par. 7.3.3.

7.3.2. Resultaten

Schaalscores. Van de vijf schalen bleken er drie (namelijk "Integratie", "Cognitieve egofunctie", en "Loochening") significant te differentiëren tussen M+ en M-. Bij inspectie van de scores met betrekking tot "Integratie" bleek dat niemand van M- boven het optimale scheidingspunt "scoorde", terwijl ruim 15% van M+ dit niveau wel bereikte. Dit impliceert dat patiënten met een score boven het scheidingspunt gemotiveerd werden geacht voor psychotherapie. De tweede schaal met een significante differentiatie ($\alpha = 5.1$) was "Cognitieve egofunctie". Een hoge score (minstens 4) op deze schaal werd door 14% van M- bereikt en door 46% van M+. De schaal "Loochening" toonde weliswaar een statistisch significante differentiatie maar deze was gering ($\alpha = 2.8$). Van M+ loochende volgens de therapeuten 12% en van M- 28%. Geen statistisch significante differentiatie tussen M+ en M- leverden "Adaptatie" en "Vermogen tot verbaliseren".

Wanneer er onderscheid gemaakt wordt tussen analytici en niet-analytici leken de α -waarden voor de analytici hoger te zijn, uitgezonderd voor "Integratie". Ogenscheinlijk kenden zij aan de schalen een groter differentiërend vermogen toe dan de niet-analytici.

Items. Wanneer wij de differentiatie tussen M+ en M- op itemniveau beschouwen (zie tabel 7.10.) dan valt op dat van

Tabel 7.9: Differentiatie tussen M+ en M- op de vijf 1k-sterkte schalen.

Nr.	Schalen	Optimaal scheidings- punt	$\hat{\alpha}$ (odds- ratio)	95% betr. interval	$\hat{\alpha}$	
					psychoan.	niet- psychoan.
1.	Adaptatie	(0-4)/(5)	6.36	.84- 47.89	11.34	3.33
2.	Cognitieve egofunctie	(0-3)/(4-5)	5.14	2.30- 11.48	8.03	4.93
3.	Integratie	(0-2)/(3)	27.11	1.64-447.06	11.34	17.39
4.	Vermogen tot verbaliseren	(0)/(1-2)	1.61	.83- 3.14	3.21	1.70
5.	Loochening	(0)/(1-2)	2.83	1.40- 5.73	4.94	3.45

groot gewicht was of de patiënt zich mentaal op een psychotherapeutische behandeling had voorbereid (item 14, $\hat{\alpha} = 12.5$). Eveneens was van belang of de patiënt een confrontatie met zichzelf aandurfde (item 4, $\hat{\alpha} = 7.7$). Een positieve beantwoording van deze twee items was gunstig voor een positief oordeel over motivatie. Overigens kwam geen van deze twee items in één of meerdere van de geconstrueerde schalen voor.

Voorts bleken vier items te differentiëren tussen M+ en M- op een niveau van $\hat{\alpha}$ tussen 4.0 en 5.0: namelijk patiënt durft persoonlijke zaken aan anderen toe te vertrouwen (item 3), patiënt is emotioneel volwassen (item 19), hij is geïnteresseerd in gedachten en gevoelens die anderen ten opzichte van hem hebben (item 23), en hij heeft volgens de therapeut inzicht in zijn eigen aandeel in de problemen (item 2). Deze vier items hingen positief samen met gemotiveerdheid voor psychotherapie. De volgende items hadden een $\hat{\alpha}$ -waarde tussen 3.0 en 4.0: de patiënt stelt zich niet minachtend of denigrerend tegenover de therapeut op (item 7), hij voelt zich vooral verantwoordelijk voor de oplossing c.q. leniging van zijn problemen (item 8), voorts begrijpt hij wat er met hem aan de hand is (item 32) en hij weet zich adequaat aan de veranderde omstandigheden aan te passen (item 29), daarnaast weet hij nieuwe informatie te integreren in

Tabel 7.10: Differentiatie tussen M+ en M- op 36 items inzake Ik-sterkte.

BMT-C it.nrs.	Items	pos. antw. alt.	\hat{a} (odds- ratio)	95% betr. interval	\hat{a}	
					psychoan.	niet- psychoan.
1	onderscheiden van realiteit en fantasie	1	1.92	.92- 3.94	2.06	1.49
2	pt. heeft inzicht in eigen aandeel van problemen	1	4.04	2.07- 7.87	1.67	6.26
3	pt. kan persoon- lijke zaken aan an- deren toevertrouwen	1	4.38	2.39- 8.04	18.00	3.83
4	pt. durft confronta- tie met zichzelf aan	1	7.74	3.47-17.29	20.00	5.99
5	pt. denkt dat pro- blemen verband houden met gevoels- leven	1	2.14	1.17- 3.93	3.93	2.05
6	pt. durft van ande- ren afhankelijk te zijn	1	2.29	1.25- 4.20	4.43	1.90
7	pt. gedraagt zich minachtend en deni- grerend tegen th.	0	3.19	1.20- 8.50	1.47	5.83
8	pt. heeft eigen ver- antwoordelijkheid t.a.v. oplossing van problemen	1	3.38	1.81- 6.33	2.56	3.84
9	pt. heeft ≥ 1 stabiele relatie opgebouwd	1	1.79	.99- 3.22	2.22	1.80
10	pt. kan psycholo- gisch denken	1	2.38	1.30- 4.37	4.88	2.20
11	pt. relateert klachten aan voorgeschiedenis	1	1.28	.68- 2.40	2.06	1.15
12	pt. ervaart klachten als iets wat aan hem gebeurt	0	3.00	1.48- 6.08	2.12	3.71
13	pt. percipieert z'n problemen na enkele sessies anders	1	1.51	.64- 3.58	.64	2.50
14	pt. is mentaal voorbe- reid op therapie	1	12.48	5.37-28.90	37.33	8.36
15	pt. heeft over z'n levensgeschiedenis na- gedacht	1	1.49	.81- 2.74	20.36	.74

Tabel 7.10: voortgezet

16	angsttolerantie is ≥ gematigd	1,2	1.64	.88- 2.84	3.94	1.16
17	frustratietol. is ≥ gematigd	1,2	1.64	.91- 2.95	3.83	1.40
18	pt. heeft moeite om over belangrijke be- slissingen te praten	0	1.35	.74- 2.48	1.27	2.26
19	pt. is emotioneel vol- wassen	1	4.36	1.51-12.56	4.96	3.86
20	pt. heeft in verschil- lende fasen eigen le- ven opgebouwd	1	1.42	.79- 2.56	4.43	1.02
21	pt. kan nieuwe infor- matie over z'n funk- tioneren inpassen in bestaande	1	3.34	1.75- 6.38	9.27	2.36
22	pt. is in staat tot het leggen van ge- voelsrelaties	1	2.16	1.18- 3.97	1.99	2.25
23	pt. is geïnteresseerd in gedachten en ge- voelens van anderen t.o.v. hem	1	4.27	2.33- 7.84	8.94	3.01
24	pt. beleeft zichzelf of omgeving als iets onwerkelijks	0	2.20	1.11- 4.37	1.60	2.46
25	gevoelens van falen en onmacht in strijd met realiteit	0	2.80	1.50- 5.24	2.58	3.24
26	angstloochening	0	2.42	1.27- 4.62	3.71	2.58
27	moeilijkheden veroor- zaakt door omgeving	0	2.30	1.25- 4.22	4.67	2.69
28	pt. heeft het vermo- gen tot zelfreflectie	1	2.71	1.48- 4.98	8.94	1.79
29	pt. weet zich aan ver- anderde omstandig- heden aan te passen	1	3.43	1.54- 7.66	3.21	5.67

Tabel 7.10: voortgezet

30	pt. kan objectiverend praten over z'n klachten en problemen en deze tegelijk als angstig ervaren	1	1.85	1.03- 3.33	3.53	1.35
31	pt. kan gedachtenstroom soepel hantieren	1	1.17	.65- 2.11	1.75	1.14
32	pt. begrijpt wat er met hem aan de hand is	1	3.87	1.84- 8.15	2.82	4.36
33	pt. is in staat tot aangaan van gevoelsdiepe contacten	1	1.97	.97- 3.99	2.12	2.14
34	pt. kan z'n gedachten en gevoelens adequaat verbaliseren	1	1.69	.92- 3.10	4.17	1.56
35	pt. klampt zich vast aan traumatische ervaringen	0	1.85	1.03- 3.33	3.14	1.73
36	pt. heeft belangrijke crises het hoofd geboden	1	1.20	.59- 2.43	2.44	1.02

wat hem reeds bekend was (item 21) en dat de klachten door hem niet beleefd worden als iets wat je overkomt (item 12).

In tabel 7.10. is tevens naar het therapeutisch referentiekader onderscheiden tussen psychoanalytici en niet-analytici. Wij zullen ons beperken tot de bespreking van enige duidelijke bevindingen. Het bleek dat wanneer de patiënt volgens de analyticus zich mentaal op de behandeling had voorbereid (item 14), hij veel eerder positief beoordeeld werd over motivatie dan wanneer hij zich mentaal niet voorbereid had. Dit oordeel viel minder positief uit indien hij door een niet-analyticus beoordeeld werd. De psychoanalyticus bleek veel (differentiërende) waarde te hechten aan het feit dat de patiënt over zijn levensgeschiedenis nagedacht had (item 15), en of hij persoonlijke zaken aan anderen durfde toe te vertrouwen (item 3); ook was voor hem van veel belang of de pa-

tiënt een confrontatie met zichzelf aandurfde (item 4). Voorts vond de analyticus, althans in vergelijking met de niet-analyticus, het positief wanneer de patiënt raad wist met nieuwe informatie (item 21), hij in staat was te reflecteren (item 28), en ook wanneer hij geïnteresseerd was in wat anderen van hem dachten (item 23). De niet-analytici bleken evenwel meer (differentiërende) waarde te hechten aan het feit of een patiënt inzicht in het eigen aandeel van de problemen had (item 2) en of de patiënt zich denigrerend en minachtend tegen de therapeut opstelde (item 7).

7.3.3. Discussie

Op drie van de vijf geconstrueerde schalen waren de patiënten van M+ te differentiëren van die van M-, te weten "Integratie", "Cognitieve egofunctie" en "Loochening". "Het vermogen tot verbaliseren" bleek hoegenaamd niet van belang. "Adaptatie" had differentiërende waarde alleen voor de psychoanalytici, ofschoon vier van de vijf items die er deel van uitmaakten niet differentieerden tussen M+ en M-. De oorzaak is dat het optimale scheidingspunt zich tussen de schaalcores 4 en 5 bevond; degene die maximaal "scoorde" was volgens de therapeut emotioneel volwassen (item 19). Dit item bleek op zich goed te differentiëren. De psychoanalytici vonden vier items van belang, namelijk of de patiënt zich mentaal op een behandeling had ingesteld (item 14), alsmede of hij over zijn levensgeschiedenis had nagedacht (item 15), een confrontatie met zichzelf aandurfde (item 4) en persoonlijke zaken aan anderen kon toevertrouwen (item 3): alleen item 15 lijkt specifiek aan het psychoanalytisch denkkader te zijn gerelateerd. Voorzover bepaalde items ook gebruikelijk zijn bij andere categorieën van het referentiekader, zouden zij zeer wel semantisch kunnen verschillen.

7.4. PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN

7.4.1. Inleiding

De vraag die wij in deze paragraaf willen benaderen is of M+ zich van M- laat differentiëren op grond van persoonlijkheidskenmerken. Daartoe werd allereerst de structuur van de 70 in dit onderzoek opgenomen persoonlijkheidskenmerken opgespoord (zie hoofdstuk 5). Dit heeft geleid tot de volgende negen schalen: (1) "Open", (2) "Stabiel", (3) "Optimistisch", (4) "Ontspannen", (5) "Echt", (6) "Beheerst", (7) "Sthenisch", (8) "Flexibel", en (9) "Zeker".

De berekening van patiënts schaalscore alsmede de bepaling van het optimale scheidingspunt verloopt analoog aan de procedures gevolgd voor de schalen die betrekking hebben op patiënts wensen (zie par. 7.2.2.2.).

De onderzoeksvraag "Laat M+ zich van M- differentiëren?" zal worden benaderd in par. 7.4.2. en bediscussieerd in par. 7.4.3. Tevens zal worden nagegaan of Heymans' temperamenten typologie, later aangevuld met Chorus' gevoelskleur, differentiërende waarde heeft (par. 7.4.4.).

7.4.2. Resultaten

Schaalscores. Zes van de negen schalen bleken significant tussen M+ en M- te differentiëren (zie tabel 7.11.).

De schalen "Open" ($\bar{x} = 7.5$) en "Stabiel" ($\bar{x} = 7.0$) differentiëerden duidelijk. Dit geeft aan dat "open" en "stabiele" patiënten een grotere kans hadden om gemotiveerd voor psychotherapie te worden gevonden. Ook voor patiënten die zich lieten kenschetsen als flexibel ($\bar{x} = 4.5$) was de kans op een positief oordeel over motivatie groter dan de kans op een negatief oordeel. In iets mindere mate gold dat optimistische karakters differentiële betekenis hadden ($\bar{x} = 3.8$) en patiënten die zich echt en ongekunsteld opstelden, bleken een grotere kans op een positief oordeel van de therapeut te hebben

Tabel 7.11: Differentiatie tussen M+ en M- op de negen persoonlijkheidsschalen

Nr.	Schalen	Optimaal scheidings- punt	$\hat{\alpha}$ (odds- ratio)	95% betr. interval	$\hat{\alpha}$	
					psychoan.	niet- psychoan.
1	Open	(0-1)/(2-9)	7.46	3.34-16.66	20.94	17.75
2	Stabiel	(0)/(1-10)	7.07	1.98-25.28	16.09	11.41
3	Optimistisch	(0-3)/(4-5)	3.83	1.55-9.44	3.20	6.20
4	Ontspannen	(0-3)/(4)	3.80	.87-16.53	5.78	5.65
5	Echt	(0)/(1-3)	3.03	1.41-6.51	6.25	1.66
6	Beheerst	(0)/(1-2)	1.75	.92-3.34	3.63	1.56
7	Sthenisch	(0-2)/(3)	3.68	1.09-12.41	4.71	13.70
8	Flexibel	(0-1)/(2)	4.47	1.55-12.88	6.05	6.54
9	Zeker	(0-7)/(8)	1.97	.24-16.36	3.71	4.54

($\hat{\alpha} = 3.0$). Ook patiënten die gekenmerkt werden door sthenisch gedrag maakten meer kans op een positief oordeel over motivatie ($\hat{\alpha} = 3.7$). Aan zelfbeheersing, aan ontspannen respectievelijk (on)zeker gedrag kan men weinig of geen differentiële waarde toekennen.

Wanneer we de gegevens apart analyseren voor psychoanalytici versus de andere therapeuten gezamenlijk, bleken de odds-ratio's in beide categorieën therapeuten soms aanzienlijk te zijn gestegen in vergelijking met de situatie waarin het onderscheid niet gemaakt wordt. Dit geldt voor de schalen "Open" en "Stabiel" en in iets mindere mate voor de schalen "Ontspannen", "Flexibel" en "Zeker". Met betrekking tot de schaal "Echt" nam weliswaar de odds-ratio toe bij de psychoanalytici ($\hat{\alpha} = 6.3$) maar daalde bij de andere therapeuten ($\hat{\alpha} = 1.7$). Dit betekent dat het voor de psychoanalytici meer uitmaakte of een patiënt zich op een natuurlijke wijze gedroeg (positief voor het oordeel van motivatie) of niet.

Een tendentie waaraan de niet-analytici waarde hechtten en niet zozeer de analytici, betreft patiënten die als sthenisch gekenmerkt konden worden: deze patiënten maakten een grotere kans om gemotiveerd te worden bevonden indien zij door niet-analytici werden beoordeeld.

Items. Op itemniveau is nagegaan of M+ van M- was te differentiëren (zie tabel 7.12.).

Tabel 7.12: Differentiatie tussen M+ en M- op 70 persoonlijkheidskenmerken

BMT-C it.nrs.	Items	pos antw. alt.	$\hat{\alpha}$ (odds- ratio)	95% betr. interval	$\hat{\alpha}$	
					psychoan.	niet- psychoan.
1	afstandelijk	0	1.96	.95- 4.05	1.55	2.35
2	toegeeflijk	1	2.29	1.18- 4.46	1.35	2.51
3	aangenaam	1	3.80	1.91- 7.55	3.82	4.53
4	impulsief	0	1.38	.74- 2.58	1.55	1.14
5	receptief	1	5.34	2.69-10.60	4.74	4.54
6	eerlijk	1	3.06	1.60- 5.84	2.68	3.48
7	open	1	2.56	1.39- 4.70	2.15	3.26
8	emotioneel	1	1.42	.79- 2.56	.55	2.30
9	primair	0	1.18	.66- 2.12	1.07	1.09
10	aktief	1	1.92	1.07- 3.46	3.14	2.04
11	afhankelijk	0	.88	.44- 1.75	.59	1.21
12	resoluut	1	2.14	1.00- 4.60	1.80	2.15
13	kritisch	0	.94	.52- 1.69	2.63	.69
14	ambivalent	0	3.29	1.12- 9.67	3.96	2.89
15	onzeker	0	1.31	.54- 3.16	.64	2.13
16	onecht	0	2.62	1.43- 4.81	5.19	1.59
17	volhardend	1	1.80	1.00- 3.24	4.88	1.42
18	aantrekkelijk	1	4.48	2.01-10.01	4.60	4.60
19	weerbarstig	0	3.32	1.81- 6.10	13.00	2.42
20	cooperatief	1	6.26	3.34-11.72	42.00	6.11
21	sensitief	1	2.72	1.48- 4.99	1.41	4.27
22	intelligent	1	1.16	.63- 2.13	2.06	1.20
23	gekunsteld	0	2.11	1.08- 4.11	3.21	1.19
24	week	0	1.70	.94- 3.06	2.85	1.25
25	beheerst	1	1.64	.91- 2.95	1.99	1.43
26	eerzuchtig	0	1.19	.66- 2.14	1.85	1.10
27	besluiteloos	0	1.27	.71- 2.29	2.13	1.13
28	evenwichtig	1	2.13	.80- 5.68	1.88	.23
29	weifelend	0	1.04	.57- 1.91	2.50	.81
30	onbezonnen	0	3.03	1.41- 6.51	7.26	2.06
31	wispelturig	0	1.97	1.05- 3.69	2.57	1.64
32	verantwoord	1	2.68	1.43- 5.02	3.31	2.53
33	flexibel	1	3.41	1.38- 8.40	2.86	3.43
34	verdraagzaam	1	2.35	1.23- 4.32	1.83	2.38
35	dom	0	1.40	.67- 2.80	2.17	1.40
36	oprecht	1	2.31	1.23- 4.32	1.56	3.24
37	geïrriteerd	0	2.10	1.14- 3.85	.48	3.67
38	geïnvolveerd	1	5.10	2.67- 9.73	8.94	4.73
39	aarzelend	0	.85	.47- 1.53	1.85	.70
40	rusteloos	1	1.69	.80- 3.55	1.40	1.78

Tabel 7.12: voortgezet

41	succesvol	1	2.47	1.06- 5.73	3.25	3.31
42	zwaar op de hand	0	1.19	.66- 2.14	2.55	.75
43	rigide	0	3.07	1.57- 5.97	6.55	2.49
44	ongeduldig	0	1.19	.66- 2.14	.94	1.35
45	angstig	0	1.35	.69- 2.62	1.14	1.40
46	moedig	1	2.81	1.33- 5.91	2.12	3.71
47	volwassen	1	5.07	1.75-14.61	6.05	4.46
48	overdreven	0	2.57	1.39- 4.71	7.20	1.69
49	zelfstandig	1	2.32	1.10- 4.89	2.44	2.45
50	vreemd	0	2.25	1.20- 4.21	1.82	2.12
51	labiel	0	2.22	1.16- 4.24	2.16	1.84
52	chaotisch	0	2.52	1.37- 4.63	4.69	2.10
53	competitief	0	1.04	.58- 1.87	.88	1.24
54	boeiend	1	1.32	.73- 2.38	2.85	1.13
55	onderdanig	0	1.01	.55- 1.85	.73	.87
56	niet-emotioneel	0	1.39	.77- 2.50	1.56	2.01
57	passief	0	1.53	.85- 2.75	2.57	1.70
58	achterdochtig	0	2.06	1.14- 3.71	1.40	2.19
59	sympathiek	1	4.02	2.15- 7.53	3.31	4.17
60	ontoeankelijk	0	5.00	2.67- 9.36	11.61	4.09
61	betrouwbaar	1	3.60	1.96- 6.61	2.15	4.68
62	beweeglijk	1	1.63	.85- 3.11	1.65	1.68
63	optimistisch	1	2.18	.98- 4.87	1.14	3.98
64	gesloten	0	2.35	1.30- 4.23	4.17	3.04
65	ongedurig	1	2.09	1.14- 3.84	2.15	2.05
66	serieus	1	2.75	1.44- 5.25	9.00	2.28
67	ontspannen	1	3.09	1.05- 9.08	.68	3.10
68	brutaal	0	3.04	1.31- 7.06	4.94	3.21
69	somber	0	1.83	.98- 3.43	.79	2.57
70	secundair	1	1.35	.75- 2.43	1.65	1.26

De volgende persoonlijkheidsitems hadden differentiërende waarde ($\bar{\alpha} \geq 5.0$): "Coöperatief" (item 20), "Receptief" (item 5), "Geïnvolveerd" (item 38), "Volwassen" (item 47), en "Ontoeankelijk" (item 60). Met $\bar{\alpha} = 42.0$ voor psychoanalytici springt het item "Coöperatief" (item 20) eruit: dat wil zeggen dat de patiënten die volgens deze therapeuten gekenmerkt werden door een coöperatieve instelling, een kans op een positief oordeel over motivatie hadden, welke duidelijk hoger was dan de kans van de patiënten die door niet-analytici waren beoordeeld ($\bar{\alpha} = 5.9$). Hetzelfde geldt, zij het in mindere mate, voor de patiënten die volgens de analytici niet weerbarstig (item 19) waren, en die zich niet ontoegankelijk (item 60) opstelden. Aan enige andere kenmerken bleken de

analytici meer waarde te hechten dan de andere therapeuten, als het om een oordeel over motivatie voor een psychotherapeutische behandeling ging: namelijk "Serieus" (item 66), "Geïnvolveerd" (item 38) (positief); "Overdreven" (item 48), en "Onbezonnen" (item 30) (negatief).

7.4.3. Discussie

Zes van de negen persoonlijkheidsschalen bleken tussen M+ en M- te differentiëren. Patiënten die gekenmerkt werden door een open instelling, stabiliteit, sthenisch gedrag en flexibiliteit, maakten een grotere kans om gemotiveerd voor psychotherapie te worden bevonden. Sthenisch gedrag met betrekking tot het oordeel over motivatie werd door niet-analytici belangrijker gevonden dan door analytici. Laatstgenoemde therapeuten vonden het van belang voor een positief oordeel over motivatie dat de patiënten niet gekunsteld waren.

Geconcludeerd kan worden dat de gevonden persoonlijkheidsschalen enige differentiërende waarde hadden.

Op itemniveau bleken de therapeuten aan vijf kenmerken duidelijke waarde met betrekking tot het oordeel over motivatie toe te kennen. Dat de psychoanalytici met name een coöperatieve instelling van belang vonden is een gevolg van het feit dat dit item in connotatief opzicht verschilt tussen de analytici en de niet-analytici. Voor het overige kan geconcludeerd worden dat persoonlijkheidskenmerken geen rol van betekenis vervullen met betrekking tot het oordeel van de therapeut over patiënt's motivatie.

7.4.4. Heymans' temperamenten typologie

7.4.4.1. Inleiding

De vraag is of M+ zich van M- laat differentiëren op basis van Heymans' temperamenten typologie. Deze typologie bestaat uit drie componenten: (1) emotioneel versus niet-emotioneel, (2) primair versus secundair functioneren, en (3)

actief versus passief. Het aantal mogelijke combinaties is bijgevolg acht (zie hoofdstuk 3 en tabel 7.13). Deze persoonlijkheidskenmerken zijn eveneens gedichotomiseerd, waarbij het positief antwoordalternatief (code 1) van de relevante kenmerken is: emotioneel, actief en secundair; bij het tegendeel c.q. "weet niet" is een item als 0 gecodeerd. De differentiatie tussen M+ en M- wordt beschouwd in termen van fracties en kansverhoudingen, waarbij tevens de "emotionelen" nader gespecificeerd worden naar hen die zwaar respectievelijk niet zwaar op de hand zijn (cf. Chorus, 1959). Voor die nadere specificatie naar gevoelskleur komen vier van de acht typen van Heymans in aanmerking: het nerveuze, het sentimentele, het cholerische en het gepassioneerde type.

7.4.4.2. Resultaten

Nagegaan is hoe de verschillende typen in dit onderzoek proportioneel vertegenwoordigd waren. De volgorde is: het cholerische type (0.24), het apathische type (0.20), het flegmatische en het sentimentele type (beide: 0.14), het gepassioneerde (0.11), het sentimentele type (0.10) en tenslotte het amorphe (0.04) en het sanguïnische type (0.03) (zie tabel 7.13.a).

Deze tabel behoeft enige toelichting. De fractie gemotiveerd bevonden patiënten (i.e. $\hat{P}(M+)$) was het hoogst voor het sentimentele type (0.65) en het laagst voor het nerveuze type (0.31) (zie tabel 7.13.a). De kansverhouding om gemotiveerd versus ongemotiveerd voor therapie te worden bevonden, is aangegeven in kolom " $\hat{O} = \hat{P}(M+) / \hat{P}(M-)$ ". Deze leert dat naar verhouding meer gemotiveerd beoordeelde patiënten voorkwamen onder het sentimentele type (1.86), het cholerische type (1.44) en het gepassioneerde type (1.38).

Wanneer we de typen waarin emotionaliteit een rol speelt, uitsplitsen naar zwaar op de hand versus niet zwaar op de hand, dan kunnen we constateren dat er sprake was van interactie voor het nerveuze type. Was dit type zwaar op de hand dan was de kans op een positief oordeel over motivatie 1.75

Tabel 7.13a: Differentiatie tussen M+ en M- op Heymans' typologie.

Nr.	Typen	E ¹⁾	S ¹⁾	A ¹⁾		n	\hat{P}	$\hat{P}(M+)^2)$	$\hat{O} = \frac{\hat{P}(M+)}{\hat{P}(M-)}^3)$
1.	amorf	0	0	0		10	.04	.39	.64
2.	nerveus	1	0	0		26	.10	.31	.45
3.	apathisch	0	1	0		52	.20	.43	.75
4.	sentimenteel	1	1	0		38	.14	.65	1.86
5.	sanguinisch	0	0	1		9	.03	.49	.96
6.	cholerisch	1	0	1		62	.24	.59	1.44
7.	flegmatisch	0	1	1		36	.14	.48	.96
8.	gepassioneerd	1	1	1		30	.11	.58	1.38
						263	1.00		

1) Emotioneel, Secundair, Aktief (1=ja; 0=overige)

2) Alvorens $\hat{P}(M+)$ te berekenen, is eerst de relatieve frequentie van M+ en M- per type bepaald

3) kansverhouding (odds) van M+ t.o.v. M-

Tabel 7.13b: Differentiatie tussen M+ en M- op Heymans' typologie voorzover het de emotionelen betreft (zwaar op de hand of niet).

Nr.	Typen	E	S	A	ZW ³⁾	n		$\hat{P}(M+)$	$\hat{O} = \frac{\hat{P}(M+)}{\hat{P}(M-)}$
2.	nerveus	1	0	0	1	7		.63	1.70
		1	0	0	0	19		.23	.30
4.	sentimenteel	1	1	0	1	11		.55	1.22
		1	1	0	0	27		.69	2.23
6.	cholerisch	1	0	1	1	34		.67	2.03
		1	0	1	0	28		.50	1.00
8.	gepassioneerd	1	1	1	1	8		.66	1.94
		1	1	1	0	22		.47	.89

3) zwaar op de hand (1=ja; 0=overige)

maal zo groot, maar was dit type niet zwaar op de hand, dan was de kans op een overeenkomstig oordeel 0.30 (zie tabel 7.13.b). Bij de overige drie typen waren eveneens dergelijke tendenties te bespeuren, zij het in geringere mate. In drie van de vier typen (nerveus, cholerisch en gepassioneerd) nam de kans op een positief oordeel toe, wanneer de patiënt bovendien zwaar op de hand was.

7.4.4.3. Discussie

Een verkenning naar mogelijk differentiërende waarde van Heymans' typologie heeft geleid tot de conclusie dat deze nauwelijks of geen bijdrage daarin heeft geleverd.

Wanneer een onderscheid werd gemaakt naar de kwaliteit van emotionaliteit (zwaar op de hand respectievelijk niet zwaar op de hand), was er enige differentiatie te bespeuren bij drie van de vier terzake doende typen. Met andere woorden, specificatie van Chorus' gevoelskleur was zinvol met betrekking tot de beoordeling over patiënten's motivatie. De invloed was echter beperkt.

7.5. INTERPERSOONLIJKE RELATIE

7.5.1. Inleiding

De vraag of M+ zich van M- laat differentiëren op basis van interpersoonlijk functioneren, is op de volgende drie manieren geoperationaliseerd:

1. Interpersoonlijke attractie (par. 7.5.2.).
2. YAVIS- versus non-YAVIS-type patiënt (par. 7.5.3.).
3. Leary's Interactieroes (par. 7.5.4.).

7.5.2. Interpersoonlijke attractie

De schaalscore voor "Interpersoonlijke attractie" loopt van 0 (volstrekt geen attractie) tot 4 (maximale attractie), corresponderend met het aantal items waaraan de patiënt vol-

gens de therapeut positief beantwoordt (zie hoofdstuk 5). Bijna 45% van de M- patiënten bleek onmiskenbaar "onaantrekkelijk" te worden bevonden door de therapeut (score 0). Dit gold eveneens voor ruim 10% van de M+ patiënten. De kansverhouding bij een score van 0 op de schaal "Interpersoonlijke attractie" op een negatief ten opzichte van een positief oordeel over motivatie bedroeg 4.3. Bij het optimale scheidingspunt (tussen score 0 en 1) was \bar{a} gelijk aan 6.9. Voor de patiënten die door psychoanalytici beoordeeld werden gold $\bar{a} = 22.9$ terwijl $\bar{a} = 6.8$ bedroeg voor patiënten die onderzocht waren door niet-analytici. Dit wordt nader geïllustreerd in figuur 3 waar de scores van M+ en M- in termen van relatieve frequenties zijn weergegeven, waarbij onderscheid gemaakt is naar patiënten die door psychoanalytici en door de andere therapeuten beoordeeld werden.

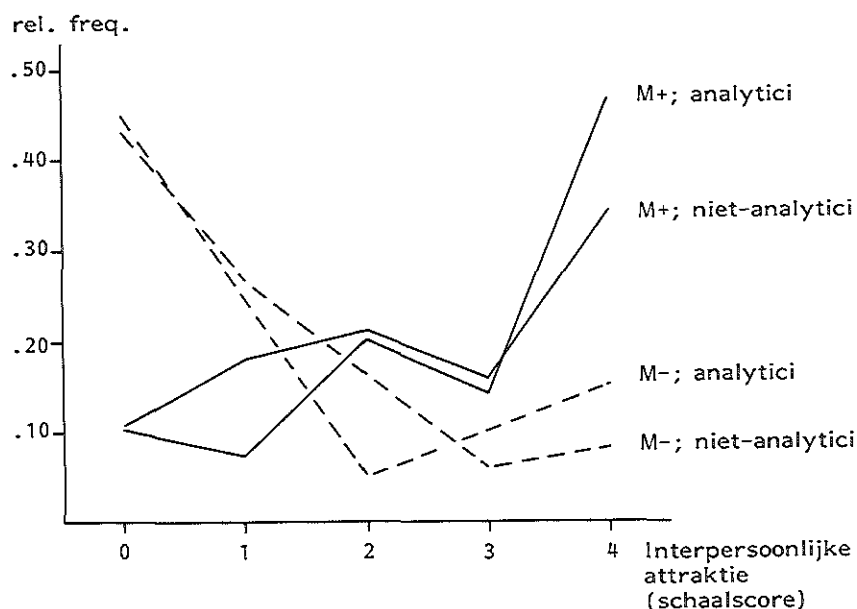


Fig. 7.3: Relatieve frequentie-verdeling voor M+ en M-, onderscheiden naar intakes door analytici vs. niet-analytici

Deze figuur laat zien dat M- overwegend laag "scoorde" terwijl M+ hoog "scoorde", hetgeen verklaart dat M+ zich van M- goed liet differentiëren.

7.5.3. YAVIS-patiënten

"YAVIS" is een acroniem voor: "Young", "Attractive", "Verbal", "Intelligent", en "Successful" (Schofield, 1964). Uit literatuur blijkt dat therapeuten veelal de YAVIS-patiënten prefereren boven de non-YAVIS-patiënten. Onderzocht werd of er een relatie bestond tussen de beoordeling ten aanzien van YAVIS-kenmerken en de motivatie voor psychotherapie. Daartoe zijn de volgende vijf items geselecteerd: leeftijd, "aantrekkelijk", "verbaal", "intelligent" en "succesvol". Leeftijd is gedichotomiseerd in < 40 jaar en ≥ 40 jaar (code 1 resp. 0). De andere vier items zijn gedichotomiseerd in: code 1 voor het positieve antwoordalternatief (aantrekkelijk, verbaal, etc.) en code 0 in alle andere gevallen. Met de vijf dichotome items zijn 32 antwoordpatronen mogelijk, waarvoor de absolute (n) en de relatieve frequenties (\hat{P}) in tabel 7.14 zijn weergegeven. Voorts zijn de relatieve frequenties ($\hat{P}(M+)$) weergegeven dat een patiënt met een bepaald YAVIS-patroon als gemotiveerd werd beoordeeld. Ook de kansverhouding op een positief versus negatief oordeel per antwoordpatroon is in tabel 7.14. vermeld.

Naarmate de patiënt meer beantwoordde aan de kenmerken van de YAVIS-patiënt, steeg de kans dat het oordeel over motivatie positief uitviel; naarmate de patiënt meer de kenmerken van een non-YAVIS-patiënt in zich droeg, des te groter was de kans op een negatief oordeel. De typische YAVIS-patiënt (antwoordpatroon 11111) had 84% "kans" op een positief oordeel, terwijl de typische non-YAVIS-patiënt (antwoordpatroon: 00000) een "kans" van 22% op een positief oordeel had. Overigens dienen wij de nodige voorzichtigheid te betrachten bij het trekken van zelfs tentatieve conclusies, gezien de geringe frequenties binnen de 32 antwoordpatronen waaruit

Tabel 7.14: Differentiatie tussen M+ en M- op (de 32 antwoordpatronen van) "YAVIS".

nummering	leeftijd	aantrekkelijk	verbaal	intelligent	succesvol	n	\hat{p}	$\hat{p} (M+)$	$\hat{O} = \frac{\hat{p} (M+)}{\hat{p} (M-)}$	
	Y	A	V	I	S					
1.	1	1	1	1	1	19	.08	.84	5.11	↑
2.	1	1	1	1	0	28	.11	.63	1.73	
3.	1	1	1	0	1	2	.01	1.00	-	
4.	1	1	1	0	0	9	.04	.69	2.27	
5.	1	1	0	1	1	2	.01	1.00	-	
6.	1	1	0	1	0	7	.03	1.00	-	
7.	1	1	0	0	1	-	-	-	-	
8.	1	1	0	0	0	1	.00	1.00	-	
9.	1	0	1	1	1	15	.06	.65	1.86	
10.	1	0	1	1	0	36	.14	.50	1.01	
11.	1	0	1	0	1	-	-	-	-	
12.	1	0	1	0	0	14	.06	.51	1.04	NON
13.	1	0	0	1	1	4	.02	.22	.28	
14.	1	0	0	1	0	14	.06	.42	.72	
15.	1	0	0	0	1	-	-	-	-	
16.	1	0	0	0	0	37	.15	.51	1.04	
17.	0	1	1	1	1	9	.04	1.00	-	
18.	0	1	1	1	0	9	.04	.50	1.00	
19.	0	1	1	0	1	1	.00	1.00	-	
20.	0	1	1	0	0	2	.01	1.00	-	
21.	0	1	0	1	1	-	-	-	-	
22.	0	1	0	1	0	-	-	-	-	↓
23.	0	1	0	0	1	-	-	-	-	
24.	0	1	0	0	0	2	.01	1.00	-	
25.	0	0	1	1	1	2	.01	1.00	-	
26.	0	0	1	1	0	13	.05	.20	.25	
27.	0	0	1	0	1	-	-	-	-	
28.	0	0	1	0	0	9	.04	.19	.24	
29.	0	0	0	1	1	1	.00	1.00	-	
30.	0	0	0	1	0	8	.03	.14	.17	
31.	0	0	0	0	1	1	.00	.00	-	
32.	0	0	0	0	0	6	.02	.22	.28	
Totaal						251	1.00			

de "waarschijnlijkheden" berekend zijn.

Wanneer we de relatie tussen het oordeel over motivatie en elk van de vijf componenten van "YAVIS" afzonderlijk beschouwden, dan bleek de odds-ratio ten gunste van M+ uit te vallen voor leeftijd, en de componenten "aantrekkelijk" en "succesvol" (zie figuur 7.15.).

Tabel 7.15: Differentiatie tussen M+ en M- op de vijf componenten van "YAVIS"

	Items	pos. antw. alt.	\hat{a} (odds- ratio)	95% betr. interval	\hat{a}	
					psychoan.	niet- psychoan.
Y	leeftijd	1	2.70	1.44- 5.07	1.53	1.56
A	aantrekkelijk	1	4.48	2.01-10.01	4.60	4.60
V	verbaal	1	1.69	.92- 3.10	4.17	1.56
I	intelligent	1	1.16	.63- 2.13	2.06	1.20
S	succesvol	1	2.47	1.06- 5.73	3.25	3.31

Werden de patiënten die beoordeeld waren door psychoanalytici, onderscheiden van degenen die door de andere therapeuten waren beoordeeld, dan bleken er weinig verschillen op te treden.

7.5.4. Leary's interactieroos

Nagegaan is hoe de patiënt zich in termen van Leary's interactieroos opstelde tegenover de therapeut, gezien in het licht van patiënt's motivatie. Wordt de patiënt die zich antagonistisch gedroeg eerder als ongemotiveerd voor therapie bevonden dan een zich coöperatief gedragende patiënt? Had een patiënt die domineerde, meer kans om als gemotiveerd te worden bevonden dan een patiënt die submissief was? Of is het andersom? Leary's interactieroos is in 16 segmenten opgedeeld. Per segment werd bepaald hoe groot de fractie patiënten was welke als gemotiveerd respectievelijk ongemotiveerd voor be-

handeling gekwalificeerd werd. Deze verhouding is tot expressie gebracht in figuur 7.4.

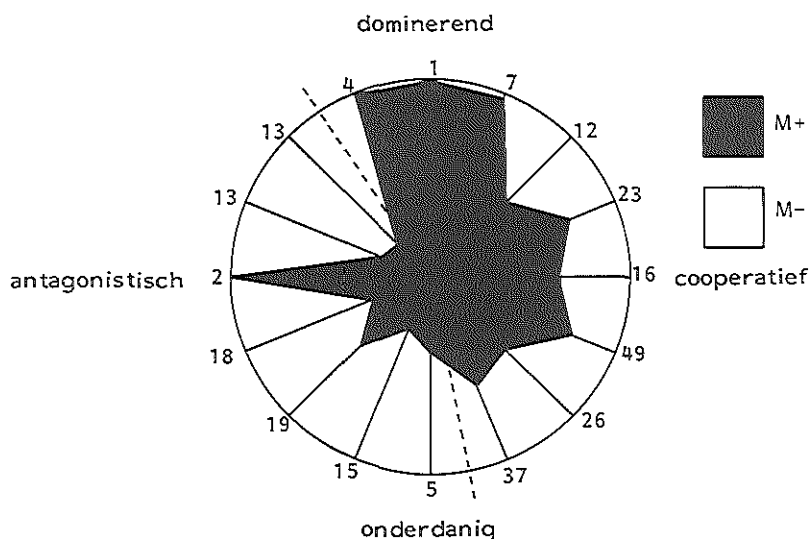


Fig. 7.4: Motivatie in relatie tot Leary's interaktieroos

Bij toenemende kans op gemotiveerdheid voor psychotherapie steeg de fractie rond de oorsprong die "gearceerd" is weergegeven. Langs de buitenkant van de cirkel zijn per segment de aantallen patiënten weergegeven. Zo kunnen wij in figuur 7.4. bijvoorbeeld zien dat één patiënt als dominant beschouwd werd en dat 16 patiënten duidelijk coöperatief genoemd werden. Verder bleek dat vijf patiënten submissief en twee antagonistisch bevonden werden. De segmenten waarin $\geq 50\%$ tot M+ toegevoegd is, zijn rechts van de "onderbroken lijn" gelocaliseerd: lopend van "dominant" met een lichte "antagonistische" inslag via "coöperatief" naar overwegend "submissief" met een "coöperatief" accent. M- moest vooral gelocaliseerd worden in de regio links van de "onderbroken lijn": te beginnen bij "dominant-antagonistisch" via "antagonistisch" naar "submissief".

7.5.5. Discussie

Het interpersoonlijk functioneren bleek een rol te spelen in het beoordelingsproces van de therapeut inzake patiënts motivatie voor psychotherapie. Dit functioneren werd op drie manieren geoperationaliseerd, namelijk in termen van (1) interpersoonlijke attractie, (2) therapeuts mogelijke voorkeur voor jonge, intelligente, verbaal begaafde, aantrekkelijke en succesvolle patiënten (YAVIS) en (3) dominantie versus submissiviteit in combinatie met coöperatief versus antagonistisch optreden (Leary's interactieroos). Op deze drie modi bleek het mogelijk M+ van M- te kunnen differentiëren. Daarbij verschilde het oordeel van de psychoanalytici niet van dat van andere therapeuten. Geconcludeerd kan worden dat de drie modi elk een facet van patiënts interpersoonlijk functioneren representeerden, waarmee hun relevantie is aangetoond.

7.6. EVALUATIE

Getracht is op welke variabelen de als gemotiveerd voor behandeling beoordeelde patiënten (M+) waren te differentiëren van de als ongemotiveerd beoordeelde patiënten (M-). Voor wat betreft patiënts wensen bleek dat M+ in vergelijking met M-behoefte had aan (meer) inzicht in eigen functioneren en inzicht in het ontstaan en instandhouding van de problemen, terwijl M- geïnteresseerd was in het ontslagen worden van vervelende, sociale verplichtingen. De tendentie was dat M+ zichzelf wilde veranderen en de oplossing van de moeilijkheden bij zichzelf zocht, en dat M- de verantwoordelijkheid bij de therapeut legde. Wanneer hierin de verwachtingen die de patiënten koesteren werden betrokken, kwam naar voren dat er sprake was van overeenstemming tussen die wensen en verwachtingen. Dit impliceerde tevens dat M+ zich hierin niet van M- liet differentiëren. Ofschoon het mogelijk is dat patiënts wensen en verwachtingen goed op elkaar afgestemd waren, lijkt

de volgende verklaring meer plausibel: de therapeuten maakten hierin geen onderscheid. Wat de patiënt verwachtte werd ook gezien als zijn wens, De twee begrippen hadden in connotatief opzicht dezelfde betekenis. Deze verklaring is mede gestoeld op de ervaringen van de auteur van deze studie tijdens de technische evaluatie van de geconstrueerde vragenlijst "B.M.T."

Op grond van de schalen voor Ik-sterkte bleek M+ goed van M- te differentiëren. Met name het vermogen tot integratie mag worden vermeld. Voor de psychoanalytici was het belangrijk of de patiënt over zijn leven had nagedacht, of hij een confrontatie met zichzelf aandurfde en of hij mentaal op therapie was voorbereid. Gunstig was eveneens wanneer de patiënt zijn problemen aan anderen durfde toe te vertrouwen. De gemotiveerde patiënt erkende dat hij hulp nodig had van een deskundige om uit de problemen te komen.

Op persoonlijkheidsniveau bleek M+ gekenmerkt te worden door een "open" karakter (bijvoorbeeld aangenaam, sympathiek). De patiënten die hiertoe behoorden, waren te kwalificeren als "toenaderingsgezind". Verder was gunstig voor een positief oordeel over motivatie dat de patiënt stabiel genoemd kon worden: een dergelijke patiënt zou het een en ander kunnen verdragen en zou naar de mening van de therapeut zich niet snel aan de therapie onttrekken. Dat vooral de psychoanalytici van groot belang vonden of de patiënt coöperatief was, moet onzes inziens verklaard worden door een betekenisinhoud welke verschilt van die van andere therapeuten. Onderzoek naar de semantiek van dit item zou dit overigens moeten aantonen.

Interpersoonlijk functioneren van de patiënt heeft duidelijk een rol gespeeld in de beoordeling van motivatie. Van de drie modi ("Interpersoonlijke attractie", "YAVIS" en Leary's interactieroos) bleek de in dit onderzoek geconstrueerde schaal "Interpersoonlijke attractie" het best te differentiëren.

AARD VAN DE VRAAGSTELLING

De patiënten werden door de therapeuten beoordeeld op motivatie voor psychotherapie; dit oordeel werd gerelateerd aan factoren, waarop eventueel de patiënten in hun motivatie waren te differentiëren. De therapeut was in dit onderzoek de informatiebron. Andere bronnen zoals patiënten's eigen perceptie met betrekking tot motivatie en met betrekking tot mogelijk differentiërende factoren, zijn buiten beschouwing gelaten. Wij waren geïnteresseerd in de mening van de therapeut, welke van belang is als het gaat om de indicatiestelling voor een psychotherapeutische behandeling. Dit bleek onder meer uit het feit dat voor 92% van de gemotiveerd bevonden patiënten en voor 46% van de ongemotiveerd bevonden patiënten een indicatiestelling tot psychotherapie was gesteld; deze laatste werden dus niet zonder meer "afgewezen".

Wij pretendeerden niet patiënten's feitelijke motivatie te peilen. Het is voorstelbaar dat andere benaderingen c.q. informatiebronnen tot conclusies zouden hebben geleid die van de conclusies uit dit onderzoek afwijken.

Gezien het feit dat uit wetenschappelijk gezichtspunt het terrein nog maar weinig geëxploreerd is en gezien de beschikbare mogelijkheden was slechts een exploratieve aanpak haalbaar om factoren in kaart te brengen. De consequentie hiervan was dat afgezien werd van (te) vergaande preciseringen. Derhalve was het onderzoek niet hypothesetoetsend van karakter, maar het beoogde materiaal aan te dragen ten behoeve van de ontwikkeling van (een) theorie(ën) voor een (vervolg)onderzoek, waarin deze getoetst zou(den) kunnen worden.

STEEKPROEF: BEOORDELAARS EN BEOORDEELDEN

Om gegevens te vergaren die een zo natuurlijk mogelijke weergave zijn van hoe het in de praktijk ging, is een procedure gevolgd waarin de therapeut die de intake deed, de patiënt beoordeelde in de periode van de indicatiestelling. Het beoordelen geschiedde door middel van het invullen van de vragenlijst "Beoordeling Motivatie Therapie" (B.M.T.), waarbij het streefniveau was dat iedere therapeut minimaal acht patiënten zou beoordelen. Om redenen van efficiëntie hebben wij ons beperkt tot de actuele medewerking van de therapeuten die ten tijde van het onderzoek verbonden waren aan een van de volgende instituten: Instituut voor Medische Psychotherapie, Rotterdam; het psychotherapeutisch centrum "De Viersprong", Halsteren; en de afdeling Gedragstherapie, Sint Joris Gasthuis, Delft. In hoeverre deze instituten representatief geacht mochten worden voor de instituten in Nederland die eenzelfde doelstelling nastreven, is niet onderzocht. Generalisatie naar de populatie patiënten welke onder de "paraplu" van de drie instituten viel, is evenmin te verantwoorden, aangezien dan naar verhouding meer patiënten in het onderzoek hadden moeten worden betrokken die de kwalificatie "gemotiveerd voor psychotherapie" zouden krijgen; in principe betreft het twee steekproeven, gemotiveerden versus ongemotiveerden voor therapie volgens het oordeel van de therapeut. Schaalanalytisch en statistisch is met deze procedure van steekproef samenstelling rekening gehouden.

GEMOTIVEERD VERSUS ONGEMOTIVEERD

Voor elk onderzoek is cruciaal dat het criterium betrouwbaar en valide gemeten wordt. Het is plausibel dat hieraan is voldaan. Er zijn geen redenen om de vraag over het gemotiveerd versus ongemotiveerd zijn oneerlijk of opzettelijk onbetrouwbaar te beantwoorden. Wat betreft de validiteit merken wij op dat onderzocht werd of gemotiveerd versus ongemoti-

veerd voor therapie discrimineerde op een aantal items dat aan het door Krause gevalideerde construct motivatie ontleend is. De resultaten bleken bevredigend te zijn. Wij zijn uitgegaan van een dichotoom c.q. gedichotomiseerd criterium omdat dit aansloot bij de vraagstelling (namelijk differentiatie tussen de als gemotiveerd respectievelijk ongemotiveerd beoordeelde patiënten), opdat wij de therapeuten alsnog konden dwingen een keuze te maken. Dit neemt overigens niet weg dat in een hypothesetoetsend (vervolg)onderzoek te overwegen is ook andere antwoordmogelijkheden zoals "weet niet" c.q. "dubieus" te introduceren. Het lijkt verstandig om zich te beperken tot een gering aantal mogelijkheden (bijvoorbeeld ja/dubieus/nee/weet niet). Daarvoor zijn twee argumenten aan te voeren: (1) de antwoordmogelijkheden dienen zich goed bij de praktijk aan te sluiten; (2) er zijn meerdere vragen over motivatie gesteld (zie: theorievorming en modellenbouw), waardoor additionele informatie over motivatie redundant zou worden. Deze gedachte wordt ondersteund door de onderzoeksresultaten.

De therapeuten waren met betrekking tot de gemotiveerd bevonden patiënten veelal niet zeker van hun oordeel: het oordeel over 45% van deze 206 patiënten was "dubieus". Van de 57 ongemotiveerd bevonden patiënten werden slechts zeven (12%) eventueel motiveerbaar gevonden. Voorts bleek dat 67,5% van de gemotiveerd bevonden patiënten gemotiveerd was voor een specifieke therapiemethode, terwijl dit voor de ongemotiveerd bevonden patiënten 30% was, overeenkomend met 17 patiënten van wie er voor tien een indicatie tot psychotherapie werd gesteld.

MOKKEN SCHAALANALYSE METHODE

Zoals reeds is opgemerkt, is schaalanalytisch expliciet rekening gehouden met de geprestratificeerde steekproefstelling. Dit is onder meer gebeurd met betrekking tot de structuurbepaling van de wensen ten aanzien van de behande-

ling, Ik-sterkte en persoonlijkheidskenmerken. Daarbij is eerst de structuur over alle patiënten gezamenlijk bepaald waarna getoetst is of de geconstrueerde schalen robuust waren met betrekking tot de tweedeling: gemotiveerd versus ongemotiveerd.

Enkele overwegingen welke geleid hebben tot het toepassen van Mokken schaalanalyse waren:

1. Er wordt expliciet rekening gehouden met een mogelijke asymmetrie tussen de items onderling: de items binnen een schaal worden namelijk op basis van de "moeilijkheidsgraad" gerangordend (een factoranalytische aanpak vooronderstelt een symmetrische interrelatie tussen items);
2. Alle relevante items in dit onderzoek die voor een Mokken schaalanalyse in aanmerking kwamen, waren dichotoom c.q. inhoudelijk gedichotomiseerd, hetgeen een noodzakelijke voorwaarde voor gebruik van deze methode is, en waar factoranalyse niet de aangewezen methode is.
3. Deze methode is relatief eenvoudig.

Mokken schaalanalyse, toegepast op de 36 items betreffende Ik-sterkte, resulteerde in vijf schalen die gezamenlijk 16 items bevatten. Het is zeer wel mogelijk dat het begrip Ik-sterkte waarvan sprake is, complexer is dan de vijf geconstrueerde schalen. Het lijkt plausibel te stellen dat, indien elk van de resterende 20 items geoperationaliseerd zou worden in meerdere "sub-items" die de betreffende items adequaat representeren, hieruit een structuur zou voortvloeien welke bestaat uit 15 tot 20 dimensies (bijvoorbeeld frustratietolerantie), die overigens mogelijk aanzienlijk intercorreleren.

Bij de Mokken schaalanalyse op de 70 persoonlijkheidskenmerken zijn deze a priori op inhoudelijke homogeniteit in een beperkt aantal rubrieken ingedeeld. Het was niet denkbeeldig dat de aldus verkregen schalen niet onafhankelijk zouden zijn c.q. elkaar zelfs duidelijk zouden overlappen. Dit is derhalve onderzocht. Het resultaat bevestigde deze veronderstelling, maar naar onze mening hebben de schalen stellig bestaansrecht.

Het grote voordeel van een dergelijke strategie is dat de opgespoorde schalen "begripszuiver" zijn.

OBSERVER BIAS

De mogelijke bias van de beoordelaars behelst twee facetten:

- bias in termen van niveau van beoordeling;
- bias gemeten naar interrelaties van items.

Bias in termen van beoordelingsniveau houdt in dat de therapeut de patiënt gemotiveerd dan wel ongemotiveerd voor psychotherapie vond, terwijl het oordeel tegengesteld had moeten luiden (aangenomen dat motivatie objectief meetbaar zou zijn). In dit onderzoek is dit facet evenwel niet te meten. Daartoe hadden een of meer onafhankelijke therapeuten c.q. deskundigen als (mede)beoordelaars moeten fungeren. Dit was uit praktisch-organisatorisch gezichtspunt niet te realiseren. In principe kan worden gesteld dat meerdere (mede)beoordelaars tot een meer objectieve (beter gezegd: intersubjectieve) referentie zouden leiden. Als de (mede)beoordelaars meerdere patiënten voor hun rekening zouden nemen, zou een efficiënt "beoordelingsschema" kunnen worden opgesteld. Door de beoordelaars een beperkt aantal van dezelfde patiënten te laten beoordelen, zouden de variatiebronnen kunnen worden opgespoord welke toe te schrijven zijn aan verschillen tussen (a) beoordelaars, (b) patiënten, (c) beoordelaars in afhankelijkheid van patiënten (i.e. interactie). Vervolgens zou de variatie tussen beoordelaars kunnen worden verkleind door de beoordelaars, voorzover zij de variatie (mede) veroorzaken, te trainen meer in overeenstemming met de overige te oordelen. Zijn er bepaalde vragen die aanleiding geven tot verschillen in beoordeling, dan dient te worden overwogen deze vragen te modificeren; als dat niet tot betere resultaten leidt, dienen deze vragen te worden geëlimineerd. In een volgende fase zou aan de hand van het aldus "gecorrigeerde" materiaal c.q. vragenlijst met een beperkt aantal

therapeuten per patiënt kunnen worden volstaan. In een (vervolg)onderzoek verdient dit "beoordelingsschema" serieus te worden overwogen, waarbij het therapeutisch referentiekader als bron van variatie expliciet in de procedure moet worden opgenomen.

Met betrekking tot bias, bepaald aan de hand van interrelaties van items, geldt dat de therapeut "biased" kan zijn, niet alleen ten aanzien van het criterium motivatie maar ook ten aanzien van andere variabelen. In die zin zou hij consistent kunnen zijn in zijn "biasedness". Om een concreet voorbeeld te noemen: volgens de therapeut accepteerde de patiënt de voor psychotherapie noodzakelijke en gewenste voorwaarden, en hij vond de patiënt gemotiveerd voor psychotherapie. Mocht blijken dat de therapeut zich vergist heeft in die zin dat de patiënt zich onttrok aan die voorwaarden, dan zou dat kunnen impliceren dat zijn oordeel over motivatie eveneens onjuist is. Dit facet van "bias" is in dit onderzoek enigszins ondervangen doordat wij over verschillende referentiekaders beschikten: uiteenlopende scholen c.q. specialisaties van de therapeuten. Aan de hand van vijf variabelen is nagegaan of de vijf categorieën therapeuten overeenstemmend oordeelden. De resultaten waren bevredigend. Onderzoek naar dit facet van "bias" voor elke therapeut afzonderlijk was niet haalbaar daar sommige therapeuten (heel) weinig patiënten als ongemotiveerd voor behandeling hadden gekwalificeerd, zodat geen harde conclusies hieromtrent waren te realiseren.

SEMANTIEK

Voor zover "bias", bepaald aan de hand van items, optrad, kon dit toegeschreven worden aan het therapeutisch referentiekader. De therapeuten denken en handelen vanuit een verschillend theoretisch kader en hebben derhalve ook een verschillende visie op motivatie. Op grond van deze twee aspecten is het plausibel te veronderstellen dat de therapeuten al naar gelang hun specialisatie en ervaring, een specifieke betekenis

aan bepaalde begrippen toekenden. Hiermede komen wij op het terrein van de semantiek. De vraag rijst of de in dit onderzoek gebruikte begrippen voor de diverse categorieën van het therapeutisch referentiekader denotatief maar vooral ook connotatief (min of meer) eenzelfde betekenis hadden. Voor enkele begrippen lijkt deze vraag ontkennend te moeten worden beantwoord. Aangenomen mag worden dat de therapeuten die niet psychoanalytisch geschoold zijn, anders tegenover bepaalde items stonden dan de psychoanalytici. In elk geval bleken de interrelaties tussen het oordeel over motivatie en het oordeel over andere items evident uiteen te lopen voor de psychoanalytici vergeleken met die voorniet-analytici (zie tabel 8.1.)

Tabel 8.1: Saillante discrepanties tussen beoordeling door psychoanalytici en 'niet-analytici'.

Variabelen	pos. antw. alt.	odds-ratio		$\frac{\alpha P}{\alpha NA}$
		αP (psycho- analytici)	αNA (niet- analytici)	
pt. heeft veel over z'n levens- geschiedenis nagedacht	ja	20.36	.74	27.5
pt. accepteert voorwaarden voor therapie	≥ 1	164.67	16.35	10.1
pt. cooperatief	ja	42.00	5.93	7.1
pt. weerbarstig	nee	13.00	2.42	5.4
pt. durft persoonlijke zaken aan anderen toe te ver- trouwen	ja	18.00	3.83	4.7
pt. mentaal voorbereid op therapie	ja	37.33	8.36	4.5
pt. bereid actief aan behan- deling mee te werken	ja	49.11	11.13	4.4
pt. overdreven	nee	7.20	1.69	4.3
verwachte toename secun- daire ziekte winst i.g.v. behandeling substantieel	nee	1.09	6.67	.2
pt. heeft gevoel aan het verkeerde adres te zijn	nee	2.55	29.40	.1

Bij beschouwing van deze tabel valt op dat de psychoanalytici het meest afweken van de niet-analytici als het gaat om het belang van te hebben nagedacht over zijn levensgeschiedenis met betrekking tot het oordeel over motivatie. Dit blijkt uit het quotiënt van de odds-ratio's tussen de twee categorieën therapeuten (27.5). De psychoanalytici hechtten veel waarde aan het feit of de patiënt veel over zijn levensgeschiedenis heeft nagedacht, terwijl de niet-analytici dit voor de oordeelsvorming niet relevant vonden. Dit geldt ook, zij het in mindere mate, voor de acceptatie van de voorwaarden voor therapie. Duidelijk verschillende betekenis werd ook toegekend aan het feit of de patiënt niet weerbarstig en niet overdreven overkwam; de psychoanalytici tilden hier zwaar aan als het ging om het oordeel over motivatie. Voorts verschilden desbetreffende categorieën therapeuten van mening of het durven toevertrouwen van persoonlijke zaken aan anderen van belang was, alsmede of de patiënt bereid was actief aan de behandeling mee te werken. De niet-analytici kenden meer gewicht toe aan mogelijk te verwachten substantiële toename van secundaire ziektewinst en ook aan het gevoel niet aan het verkeerde adres te zijn. De indruk wordt gewekt dat de mate waarin de patiënten naar motivatie waren te differenteren, een kwestie van kwantitatieve verschillen is. Het lijkt echter aannemelijk dat de verschillen in feite kwalitatief zijn. Al naar gelang de specialisatie van de therapeut hebben bepaalde variabelen een specifieke betekenis, waarbij in te denken is dat bepaalde (voorspeller)variabelen mede een facet van het begrip motivatie representeren. Dit geldt met name voor de bereidheid actief aan de behandeling mee te werken. Indien aan bepaalde variabelen inclusief het begrip motivatie inderdaad een specifieke betekenis verleend moet worden, die afhankelijk is van het therapeutisch denkkader en ervaring, dan is er dus sprake van een kwalitatieve in plaats van kwantitatieve discrepantie in de beoordeling. In dat geval is het noodzakelijk in een (vervolg)studie uit te gaan van therapeutische referentiekaders, welke onderscheiden

worden naar zinvolle denkkaders dan wel specialisaties, opdat wij een redelijke garantie hebben dat binnen de categorieën de semantiek relatief homogeen is (voor een statistische explicatie zij verwezen naar onder meer Schmitz, 1981). Het aantal categorieën zal minimaal twee moeten zijn (te weten psychoanalytici versus niet-analytici); mogelijk is een verfijnder onderscheid noodzakelijk. Gericht onderzoek zal hierover uitsluitsel moeten geven.

STATISTISCHE AFHANKELIJKHEID

Er kleven methodologisch duidelijk bezwaren aan de procedure waarin op basis van gegevens van dezelfde patiënten zowel de structuur van enkele begrippen (geoperationaliseerd in termen van variabelen) opgespoord werd, als de scores van de patiënten op deze schalen geschat werden. Derhalve gaven de resultaten door deze afhankelijkheid een te "optimistisch" beeld. Een methode om dit euvel enigszins te omzeilen is de "leaving one out"-methode. Bij deze methode wordt over $n-1$ patiënten de structuur van bepaalde begrippen (in termen van items) bepaald, waarna voor de n -de patiënt die niet de structuur mede heeft bepaald, diens scores op de opgespoorde schalen geschat worden. Dit proces wordt voor alle patiënten herhaald. Deze procedure is evenwel niet gevolgd wegens het tijdrovende en kostbare karakter voor dit onderzoek. Het is voorts aannemelijk dat de aldus verkregen scores hoog zullen correleren.

"WEET-NIET"-ANTWOORDEN

De therapeuten wisten soms het antwoord op bepaalde vragen niet. Het is van belang om enig zicht op deze "weet-niet"-antwoorden te krijgen. Kwam dit soort antwoorden bijvoorbeeld vooral voor onder de therapeuten met veel of juist met weinig ervaring, of onder therapeuten met een specifieke scholing? Andere (reële) mogelijkheden zijn dat de therapeuten meenden

niet te kunnen antwoorden op bepaalde vragen als het ging om patiënten die zij gemotiveerd dan wel ongemotiveerd voor therapie vonden. Ook mag niet uitgesloten worden dat interacties tussen therapeutische referentiekaders en patiënten voorkwamen. Bepaalde vragen leenden zich mogelijk slecht voor een andere beantwoording dan "weet-niet"-invulling. Wij zijn voornemens in een afzonderlijk artikel hieraan aandacht te schenken.

THEORIEVORMING EN MODELLENBOUW

Met betrekking tot theorievorming dient vanzelfsprekend onderscheid te worden gemaakt naar responsiecriterium en voorspellervariabelen.

Responsiecriterium: In een eventuele vervolgstudie zal naast de kwestie over patiënten's motivatie voor een psychotherapeutische behandeling wederom veel aandacht moeten worden geschonken aan de construct validiteit van het criterium "motivatie voor psychotherapie". De volgende aspecten dienen te worden opgenomen:

1. a) Zekerheidsoordeel: de therapeut geeft aan hoe zeker hij is van zijn oordeel over patiënten's motivatie voor psychotherapie.
- b) Patiënten's motivatie voor een bepaalde therapie methode: patiënt wordt bijvoorbeeld gemotiveerd bevonden voor een gedragstherapeutische aanpak, maar niet voor een methode "on analytic lines". De therapeut geeft eveneens aan hoe zeker hij van zijn oordeel is met betrekking tot patiënten's motivatie voor die specifieke methode.
- c) Indien de patiënt gemotiveerd voor psychotherapie bevonden wordt, moet de therapeut aangeven of deze motivatie bestendig is.
- d) Indien de patiënt niet gemotiveerd bevonden wordt, moet de therapeut aangeven of de patiënt te motiveren is (eventueel voor een specifieke behandeling).
- e) Vastgelegd moet worden of een indicatie tot psycho-

therapie is gesteld; en zo ja, welke.

f) Aangegeven dient te worden of patiënts motivatie voor psychotherapie manifest c.q. "covert" (bedekt, impliciet).

2. Vervolgens zal men in een eventueel vervolgonderzoek er van uit dienen te gaan dat de beoordeling omtrent motivatie stoelt op twee pijlers (indicatoren):

- a) *Bereidheid* van de patiënt *het nodige te investeren* in de behandeling. Het gaat er om dat de patiënt actief aan het welslagen van de behandeling wil meewerken. Hiertoe behoort de bereidheid van de patiënt zich te houden aan de noodzakelijke en gewenste voorwaarden voor psychotherapie, en de bereidheid een werkbaar contract te accepteren in het kader van de voorgestelde methode.
- b) De patiënt moet beschikken over *psychologische kwaliteiten (vermogens, "abilities")*. Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt de kwaliteiten moet hebben om een specifieke behandeling te kunnen aangaan en te continueren. Met betrekking tot psychoanalyse moet de patiënt bijvoorbeeld het vermogen hebben om zijn gevoelens te verbaliseren, moet hij in staat zijn om nieuwe informatie in het bestaande te integreren, en moet hij psychologisch kunnen denken etcetera.

Het is aannemelijk dat voor de ene therapiemethode een meer specifieke motivatie vereist is dan voor de andere, om te kunnen vertrouwen op een succesvol verloop en afloop. Beoordeling van patiënts motivatie is in de dagelijkse praktijk naar alle waarschijnlijkheid een functie van de bereidheid tot investeren en de psychologische kwaliteiten. De wijze waarop deze twee indicatoren gerelateerd zijn aan motivatie, dient te worden onderzocht. Het verdient overweging om deze relatie voor iedere therapiemethode met haar eigen denkkader op te sporen en te toetsen; daarmee kan tevens het probleem van de semantiek worden opgelost. In principe dient te worden overwogen om voor elke therapeut apart deze relatie op te sporen en de mate van overeenstemming dan wel discrepantie

na te gaan. Hieronder wordt gevisualiseerd hoe de relatie er uit zou kunnen zien (zie figuur 8.1.). Op de X-as is bereidheid tot investeren uitgezet, welke loopt van geheel ontbreken tot een maximale bereidheid; op de Y-as zijn de psychologische kwaliteiten uiteengezet, lopend van volstrekt gemis tot voortreffelijk. Het is te verwachten dat in principe binnen elk referentiekader motivatie op een eigen wijze gerelateerd is aan deze twee indicatoren:

Figuur 8.1.a. beeldt uit dat een patiënt, om gemotiveerd bevonden te worden, een bereidheid moet hebben om in de behandeling te investeren welke meer dan X_c bedraagt, óf kwaliteiten moet hebben, welke Y_c te boven gaan. Gesproken wordt van een "of-of" model (disjunct).

Figuur 8.1.b. laat zien dat, wanneer de patiënt op bereidheid boven de ondergrens X_c "scoort" én zijn kwaliteiten boven de ondergrens Y_c liggen, hij gemotiveerd bevonden zal worden voor een (specifieke) therapie methode. Voldoet hij niet aan deze twee voorwaarden dan luidt het oordeel negatief. Gesproken wordt dan van een "en-en" model (conjunct).

Figuur 8.1.c. geeft aan dat een lagere score op psychologische kwaliteiten gecompenseerd kan worden door een duidelijke bereidheid tot investeren. Het relatieve gemis op de ene indicator kan worden opgevangen door een relatieve overmaat op de andere indicator. In dergelijke gevallen wordt gesproken van compensatoire modellen, die lineair of nonlineair zijn. Vanzelfsprekend kunnen zich mengvormen voordoen: bijvoorbeeld een compensatoir model dient zich aan onder de voorwaarde dat de patiënt beschikt over een minimum aan psychologische kwaliteiten.

In deze modelmatige aanpak doet zich het probleem van de "observer bias" voor. De voetangels en klemmen hierbij zijn reeds eerder aan de orde geweest (zie dit hoofdstuk, "Observer bias").

Voorspellervariabelen: Betreffende de theorie-ontwikkeling in dit verband zijn de volgende variabelen van belang:

a. Wensen c.q. doelstellingen: patiënten die gemotiveerd

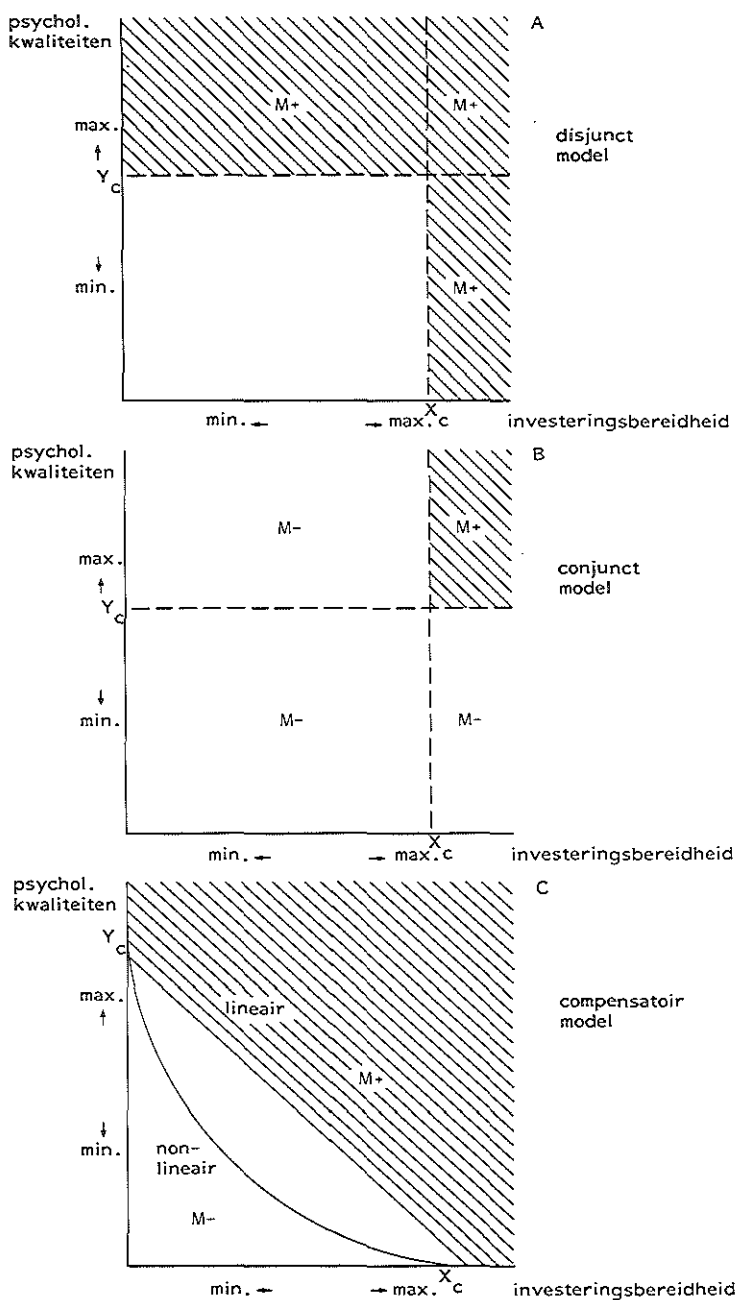


Fig. 8.1: Enkele imaginaire modellen om de gemotiveerd bevonden investeringsbereidheid van de ongemotiveerd bevonden patiënten te onderscheiden.

- bevonden werden, hadden andere wensen dan zij die naar het oordeel van de therapeut ongemotiveerd waren.
- b. Voorkeur voor een medicamenteuze behandeling: naar verhouding liepen patiënten met een dergelijke voorkeur een grotere kans op een negatief oordeel over motivatie dan zij die deze voorkeur niet hadden (uitgesproken).
 - c. Verwachtingen ten aanzien van methode en effect van therapie: (te) lage verwachtingen zijn niet gunstig voor een positief oordeel over motivatie; in een vervolgonderzoek dient ook als alternatief "magisch" te worden opgenomen.
 - d. Hoewel lijdensdruk an sich in dit onderzoek niet van belang bleek, menen wij toch deze factor te moeten selecteren op grond van het feit dat lijdensdruk in de literatuur en in de praktijk veel genoemd wordt als motivatie determinerend.
 - e. Interpersoonlijk functioneren: de drie modi die als operationalisatie van dit functioneren gelden, zijn: "Interpersoonlijke attractie", "YAVIS", en Leary's interactie-roos. Zij alle dienen een plaats in de theorievorming te krijgen.
 - f. Secundaire ziektewinst: het is relevant na te gaan of secundaire ziektewinst substantieel zal toenemen, naar de mening van de therapeut, in het geval de patiënt in behandeling wordt genomen. Dit was indicatief voor een negatief oordeel over motivatie bij de psychoanalytici, terwijl de andere therapeuten een andere mening toegedaan waren. In een vervolgonderzoek dient ook te worden geïnformeerd of secundaire ziektewinst zal stijgen bij een negatieve indicatiestelling.

Op grond van bovengenoemde factoren zal moeten worden onderzocht in welke mate de patiënten zich naar motivatie laten differentiëren. Dit onderzoek zal moeten plaatsvinden binnen ieder therapeutisch referentiekader waarbij slechts wordt geoordeeld over motivatie voor de therapie methode waarin de therapeut is gespecialiseerd.

De uitkomsten van zo'n onderzoek vormen het vertrekpunt

naar een steviger fundering van de te ontwikkelen theorie. Alvorens te differentiëren dient men te verkennen welk (statistisch) model adequaat past bij de data, een model dat zich bovendien eenvoudig laat interpreteren en waarbij het meest spaarzame ("parsimonious") model wordt geselecteerd, i.e. met een zo gering mogelijk aantal parameters (zie onder meer Bishop et al., 1976; Fienberg, 1978; Schmitz en Verbeek, 1980). Het voordeel van zo'n benadering is dat wij hiermee inzicht krijgen in welke (combinaties van) factoren noodzakelijk en voldoende zijn om op grond van het aangepaste model, de data (bij benadering) te kunnen reconstrueren. Dit impliceert onder meer dat ook interacties, voorzover zij voorkomen, moeten worden opgespoord.

Mocht de aldus verkregen differentiatie onvoldoende zijn, dan dient de theorie te worden gemodificeerd door eliminatie van redundante factoren en door additie van "nieuwe" variabelen. Uiteraard mogen de "nieuwe" variabelen niet redundant zijn, dat wil zeggen zij mogen niet voorspelbaar zijn door de reeds in het model voorgeselecteerde variabelen.

Afsluitend merken wij op dat methodologisch noch theoretisch gestreefd is naar een uitputtende beschouwing. Het leek ons vruchtbaarder om ons te beperken tot de hoofdzaken.

HOOFDSTUK 9. SAMENVATTINGEN

9.1. SAMENVATTING

In hoofdstuk 1 is de onderzoeksvraagstelling globaal geformuleerd als: welke factoren zijn van belang met betrekking tot het *oordeel* van de therapeut dat een bepaalde patiënt gemotiveerd dan wel ongemotiveerd voor psychotherapeutische behandeling is?

Aangegeven wordt dat het onderzoek verkennend van karakter is.

In hoofdstuk 2 is gepoogd inzicht te krijgen in het begrip "motivatie" en in de factoren die op enigerlei wijze gerelateerd zijn aan motivatie voor behandeling. Hiertoe werd de literatuur met betrekking tot motivatie gereleveerd en zijn de resultaten met betrekking tot de oriënterende gesprekken met 12 ervaren therapeuten vermeld: patiënts wensen en doelstellingen, verwachtingen ten aanzien van methoden en effect van behandeling, consensus over rolgedrag van de patiënt, interpersoonlijke attractie, lijdensdruk, bereidheid offers te brengen, en secundaire ziektewinst.

De opzet en uitvoering van het onderzoek komen in hoofdstuk 3 aan de orde. Daarin wordt de vraagstelling gespecificeerd:

Laten de als gemotiveerd beoordeelde patiënten zich differentiëren van de als ongemotiveerd beoordeelde patiënten? Zo ja, op grond van welke factoren laten zij zich differentiëren, en in welke mate?

Meegewerkt hebben in totaal 23 therapeuten van het I.M.P. Rotterdam, de Viersprong, Halsteren, en St. Joris Gasthuis te Delft. Zij hebben in totaal 281 patiënten beoordeeld. De constructie van de vragenlijst "Beoordeling Motivatie

Therapie" (B.M.T.) wordt uiteengezet. Deze vragenlijst omvat (de operationalisatie van) het begrip "motivatie" en de factoren, welke middels de in hoofdstuk 2 beschreven benadering mogelijk relevant zijn. Hoofdstuk 3 wordt afgesloten met de beschrijving van de beoordelingsprocedure.

In hoofdstuk 4 is de analyse van de algemene gegevens beschreven. Van deze patiënten werden er 155 beoordeeld door therapeuten van het I.M.P., 65 van de Viersprong, en 61 van St. Joris. Er konden uiteindelijk 263 patiënten in de data- en statistische analyse betrokken worden. Daarvan werden er 206 gemotiveerd en 57 ongemotiveerd bevonden. Van deze 263 patiënten werden er 49 beoordeeld door psychoanalytici, 79 door gedragstherapeuten, 14 door systeemtherapeuten, 78 door groepstherapeuten en 43 door Rogeriaans therapeuten. Biografische gegevens bleken geen rol van betekenis te vervullen in de differentiatie tussen gemotiveerd en ongemotiveerd bevonden patiënten. Daarentegen waren deze patiënten wel te differentiëren naar eerste (psychologische) indrukken en naar aspecten van de hulpvraag (bijvoorbeeld het gevoel aan het verkeerde adres te zijn, presentatie van steeds dezelfde klachten).

De structuurbepaling van begrippen in termen van items op vijf verschillende facetten, komt in hoofdstuk 5 aan de orde:

- 1) patiënten wensen met betrekking tot behandeling;
- 2) Ik-sterkte;
- 3) persoonlijkheidskenmerken;
- 4) interpersoonlijke attractie;
- 5) voorwaarden voor psychotherapeutische behandeling.

Middels Mokken schaalanalyse methode heeft dit geresulteerd in de volgende schalen voor de onderscheiden facetten:

- ad 1) "Autoriteit", "Systeem" en "Psychologisch inzicht"
- ad 2) "Adaptatie", "Cognitieve egofunctie", "Integratie",
"Vermogen tot verbaliseren" en "Loochening"
- ad 3) "Open", "Stabiel", "Optimistisch", "Ontspannen", "Echt",
"Beheerst", "Sthenisch", "Flexibel" en "Zeker".
- ad 4) "Interpersoonlijke attractie" bleek unidimensionaal te zijn

ad 5) "Voorwaarden voor psychotherapie" leverde eveneens een unidimensionale schaal op.

De geconstrueerde schalen waren over het algemeen homogeen en goed interpreteerbaar. Voorts bleken zij (redelijk) robuust te zijn met betrekking tot het onderscheid maken naar positieve en negatieve motivatie.

Hoofdstuk 6 handelt over observer bias. In een onderzoek berustend op subjectieve beoordeling is het noodzakelijk aandacht te schenken aan "observer bias". Vanwege het soms geringe aantal patiënten dat elke therapeut beoordeelde was het niet zinvol dit aspect per therapeut te benaderen. Getracht is hierop zicht te krijgen voor elk van de vijf categorieën therapeuten, onderscheiden naar het therapeutische referentiekader en, waar zinvol, onderscheiden naar de drie instituten. De resultaten waren bemoedigend, in die zin dat het optreden van "observer bias" niet substantieel leek te zijn.

In hoofdstuk 7 is nagegaan of de gemotiveerd bevonden patiënten zich van de ongemotiveerd bevonden patiënten laten differentiëren op de scores, ontleend aan de in hoofdstuk 5 geconstrueerde schalen voor de diverse gebieden, alsmede op de items afzonderlijk. De resultaten waren in grote lijnen de volgende:

1. Wensen: de als gemotiveerd beoordeelde patiënten wilden (meer) inzicht in eigen functioneren, inzicht in ontstaan en instandhouding van de problemen, terwijl de als ongemotiveerd beoordeelde patiënten de therapeut nodig hadden om van vervelende verplichtingen af te komen.
2. Zowel op schaal- als op itemniveau bleek het begrip "Ik-sterkte" de patiënten te kunnen differentiëren. Vooral de psychoanalytici hechtten waarde aan het feit of de patiënt over zijn levensgeschiedenis had nagedacht.
3. Op persoonlijkheidspsychologisch niveau waren een "open" en "stabiel" karakter van belang voor de differentiatie.
4. Er waren drie modi die elk op hun eigen wijze facetten van het interpersoonlijk functioneren representeerden. Interpersoonlijke attractie differentieerde het duidelijkst.

Ook werd op schaal- en itemniveau onderzocht of de overeenstemming tussen patiënts wensen en de verwachtingen dienaangaande zou differentiëren tussen de gemotiveerd en ongemotiveerd bevonden patiënten; dit bleek niet het geval te zijn.

In hoofdstuk 8 is ingegaan op aspecten als: de aard van de vraagstelling, de samenstelling van de steekproef van beoordelaars respectievelijk die van patiënten, het responsiecriterium "motivatie voor psychotherapie", en de Mokken schaal analyse methode. Voorts wordt ten aanzien van "observer bias" de suggestie geopperd dat het optreden van afwijkende beoordelingen deels verklaard dient te worden door het theoretisch kader van de onderscheiden categorieën therapeuten. Aangezien op dezelfde patiënten zowel de structuur als de scores zijn gebaseerd, geven de resultaten in wezen een te "optimistisch" beeld. Ook wordt aangestipt dat het therapeutisch referentiekader relevant kan zijn ten aanzien van waargenomen effecten. Tenslotte wordt het construct "motivatie", zoals dat in een vervolgonderzoek eruit zou moeten zien, besproken, en worden de bouwstenen voor een theorieontwikkeling naar voren gebracht, op basis waarvan wordt voorgesteld een toetsbaar (statistisch) model te bouwen als afspiegeling van de empirie.

9.2. SUMMARY

In chapter 1 the questioning of the investigation is roughly formulated as: which factors are important with respect to the judgment of the therapist that a particular patient is or is not motivated for psychotherapeutic treatment?

It is noted that the investigation is of an exploratory nature.

In chapter 2 an attempt is made to gain insight into the concept "motivation" and into the factors which are in any

way related to motivation for treatment. For this purpose reference is made to the literature with respect to motivation and the results are given of the orientation interviews with 12 experienced therapists: patient's wishes and objectives, expectations with respect to methods and the outcome of treatment, consensus on role enactment of patient, interpersonal attraction, pressure of suffering, willingness to make sacrifices and secondary gains from illness.

The design and implementation of the investigation is dealt with in chapter 3. Here the questioning is specified.

Is it possible to differentiate between those patients who are assessed as motivated and those who are assessed as non-motivated? If so, on the basis of which factors are they to be differentiated and to what degree?

In total 23 therapists have participated in the investigation, from I.M.P. Rotterdam, De Viersprong, Halsteren and St. Joris Gasthuis, Delft. In total they have assessed 281 patients. The construction of the questionnaire "Beoordeling Motivatie Therapie" (B.M.T.) (= "Assessment Motivation Therapy") is described. This questionnaire embraces (the operationalisation of) the concept "motivation" and the factors which by means of the approach described in chapter 2 may be relevant. Chapter 3 concludes with a description of the assessment procedure.

In chapter 4 the analysis of the general data is given. Of these patients 155 were assessed by therapists from the I.M.P., 65 from De Viersprong, and 61 from St. Joris. 263 Patients could be finally included in the data and statistical analysis. From these, 206 were found to be motivated and 57 non-motivated. From these 263 patients, 49 were assessed by psychoanalysts, 79 by behaviour therapists, 14 by system therapists, 78 by group therapists and 43 by Rogerian therapists.

Biographical data proved to fulfil no significant role in the differentiation between patients who were found to be motivated and those who were found to be non-motivated.

On the other hand, these patients could be differentiated according to first (psychological) impressions and according to aspects of the request for help (e.g. the feeling of having come to the wrong address, repeated presentation of the same complaints).

The structure determination of concepts in terms of items on five different facets is discussed in chapter 5:

- 1) patient's wishes with respect to treatment;
- 2) Ego strength;
- 3) personality traits;
- 4) interpersonal attraction;
- 5) conditions for psychotherapeutic treatment.

By means of "Mokken scale analysis" method the following scales were arrived at for the differentiated facets:

- ad 1) "Authority", "System" and "Psychological insight".
- ad 2) "Adaptation", "Cognitive egofunction", "Integration", "Capacity for verbalisation" and "Denial".
- ad 3) "Open", "Stable", "Optimistic", "Relaxed", "Real", "Controlled", "Sthenic", "Flexible" and "Assured".
- ad 4) "Interpersonal attraction" proved to be unidimensional.
- ad 5) "Conditions for psychotherapy" also gave a unidimensional scale.

The constructed scales were in general homogeneous and clearly interpretable. They also proved to be (reasonably) robust with respect to the differentiation made according to positive and negative motivation.

Chapter 6 discusses observer bias. In an investigation based upon subjective assessment it is necessary to pay attention to "observer bias". Considering the sometimes small number of patients assessed by each therapist, it was not meaningful to consider this aspect per therapist. It was attempted to gain insight herein for each of the five categories of therapist, differentiated according to the therapeutic frame of reference, and - where meaningful - differentiated according to the three institutes. The results were encouraging, in the sense that the incidence of "observer

bias" did not seem to be substantial.

In chapter 7 the possibility was examined of differentiating the patients found to be motivated from those found to be non-motivated on the scores derived from the scales constructed in chapter 5 for the various fields, as well as on each of the items separately. The results were in broad outline as follows:

1. Wishes: the patients assessed as motivated wished for (more) insight into their own functioning, insight into origin and persistence of the problems, whereas the patients assessed as non-motivated needed the therapist in order to be rid of unpleasant obligations.
 2. As well on the scale- as on the item-level, the concept "Ego strength" proved to be capable of differentiating the patients. Psychoanalysts especially attached value to the fact as to whether the patient had thought about his life history.
 3. On the level of personality psychology, an "open" and a "stable" character were significant for the differentiation.
 4. There were three modes, each of which in its own manner represented facets of the interpersonal functioning. Interpersonal attraction differentiated the most clearly.
- Also at the level of scale and item was examined whether the agreement between patient's wishes and the expectations in this respect would differentiate between patients found to be motivated and non-motivated; this turned out not to be the case.

In chapter 8 aspects are examined such as the nature of the questioning, the make-up of the random sample of observers and patients, respectively, the response-criterion "motivation for psychotherapy" and the "Mokken scale analysis" method. Further, with respect to "observer bias", the suggestion is made that the incidence of deviant assessments should in part be explained by the theoretical framework of the differentiated therapeutic categories. Since both the structure and the scores are based upon the same patients,

the results present in reality a picture which is too "optimistic". It is also indicated that the therapeutic frame of reference may have relevance with respect to distortion of observed effects. Finally the construct "motivation", as this should appear in a possible proceeding investigation, is discussed, and the foundations for theoretical development are introduced on the basis of which the building of a testable (statistical) model as reflection of the empirical results is suggested.

- Apfelbaum, B. *Dimensions of transference in psychotherapy*. Berkeley, Calif.: University, 1958.
- Appelbaum, A. A critical re-examination of the concept 'motivation for change' in psychoanalytic treatment. *Int.J.Psychoanal.*, 1972, 53, 51-59.
- Badura, H.O. Die Beurteilung von Leidensdruck und bewusster Motivation zur Psychotherapie aus dem Erstinterview. *Psychother.med.Psychol.*, 1975, 25, 198-202.
- Beecher, H.K. The powerful placebo. *J.Am.Med.Ass.*, 1955, 159, 1602-1606.
- Bishop, Y.M.M., Fienberg, S.E. & Holland, P.W. *Discrete multivariate analysis: theory and practice*. Cambridge, Mass.: MIT, 1975.
- Bloch, S., Bond, G., Br. Qualls, Yalom, I., & Zimmerman, E. Patients' expectations of therapeutic improvement and their outcomes. *Am.J.Psychiatry*, 1976, 133, 1457-1460.
- Brady, J.D., Reznikoff, M. & Zeller, W.W. The relationship of expectation of improvement to actual improvement of hospitalized psychiatric patients. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 1960, 130, 41-44.
- Cartwright, O.S. & Cartwright, R.D. Faith and improvement in psychotherapy. *J.Couns.Psychol.*, 1958, 5, 174-177.
- Cassee, A.P. *Het begrip Ik-sterkte in de psychoanalyse; een empirisch-psychologisch onderzoek*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1967.
- Chorus, A.M. *Psychologie van de menselijke levensloop*. Leiden: Stenfert Kroese, 1959.
- Cohen, J.B. A coefficient of agreement for nominal scales. *E.P.M.*, 1960, 20, 37-46.
- Cohen, J.B. Weighted kappa: nominal scale agreement with

- provision for scales disagreement or partial credit.
P.B., 1968, 70, 213-220.
- Coombs, C.H. *A theory of data*. New York: Wiley, 1964.
- Dean, S.I. Treatment of the reluctant client. *Am.Psychol.*, 1958, 13, 627-630.
- Fienberg, S.E. The analysis of cross-classified categorical data. Cambridge, Mass.: MIT (2nd. ed.), 1978.
- Fleiss, J.L. Confidence intervals for the odds-ratio in case-control studies: the state of the art. *J.Chron.Dis.*, 1979, 32, 69-77.
- Fleiss, J.L., Cohen, J. & Everitt, B.S. Large sample standard errors of kappa and weighted kappa. *P.B.*, 1969, 72, 323-327.
- Frank, J.D. The dynamics of the psychotherapeutic relationship: determinants and effects of the therapist's influence. *Psychiatry*, 1959, 22, 17-39.
- Frank, J.D. *Persuasion and healing*. Baltimore: Hopkins, 1961.
- Freud, S. Ueber Psychotherapie. In: S.Freud, *Gesammelte Werke* 5. London: Imago, 1942 (p. 21).
- Freud, S. Das Ich und das Es (1923). In: S.Freud, *Gesammelte Werke* 13. London: Imago, 1940.
- Friedman, H.J. Patient-expectancy and symptom-reduction. *Arch.Gen.Psychiatry*, 1963, 8, 61-67.
- Gifi, A. *Nonlinear multivariate analysis*. Leiden: Universiteit, 1981.
- Goldstein, A.P. Patient's expectancies and non-specific therapy as a basis for (un)spontaneous remission. *J. Clin.Psychol.*, 1960a, 16, 399-403.
- Goldstein, A.P. Therapist and client expectation of personality change in psychotherapy. *J.Cons.Psychol.*, 1960b, 3, 180-184.
- Goldstein, A.P. Maximizing the initial psychotherapeutic relationship. *Am.J.Psychotherapy*, 1971a, 25, 430-451.
- Goldstein, A.P. *Psychotherapeutic attraction*. New York: Pergamon, 1971b.

- Goldstein, A.P. & Shipman, W.G. Patient expectations; symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview. *J.Clin.Psychol.*, 1961, 17, 129-133.
- Guttman, L. The basis for scalogram analysis. In: Stouffer S.A., et al. *Measurement and prediction*. Princeton, N.Y.: Princeton University, 1950 (p. 60-69).
- Hacker, Fr.J. Treatment motivation. *Bull.Menn.Clin.*, 1972, 26, 288-298.
- Heymans, G. *Inleiding tot de speciale psychologie*. Haarlem: Bohn, 1929.
- Kelly, G.A. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton, 1955.
- Klein, G.S. Peremptory ideation: structure and force in motivated ideas. In: R.R. Holt, *Motives and thought: psychoanalytic essays in honor of David Rapaport*. New York: University, 1967.
- Krause, M.S. Twelve propositions in the semantics of motivation. *J.Gen.Psychol.*, 1964, 70, 331-339.
- Krause, M.S. Role-deviant behavior of clients in psychotherapy. *Psychol.Rep.*, 1966, 18, 947-957.
- Krause, M.S. Behavioral indexes of motivation for treatment. *J.Cons.Psychol.*, 1967, 14, 426-435.
- Krause, M.S. Clarification at intake and motivation for treatment. *J.Cons.Psychol.*, 1968, 15, 576-577.
- Leary, T.F., *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press, 1957.
- Lipkin, S. Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy. *Psychol.Monogr.*, 1954, 68 (no. 374).
- Luborsky, L. & Chandler, M. Factors influencing the outcome of psychotherapy. A review of quantitative research. *P.B.*, 1971, 75, 145-185.
- Martin, P. & Sterne, A. Prognostic expectations and treatment outcome. *J.Consult.Clin.Psychol.*, 1975, 43, 572-576.
- Maslow, A.H. A preface to motivation theory. *Psychosom.Med.*, 1943, 5, 85-92.
- Maslow, A.H. *Motivation and personality*. New York: Harper, 1954.

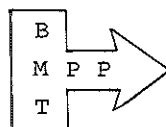
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. *Research in psychotherapy*.
New York: Atherton, 1970.
- Mokken, R.J. *A theory and procedure of scale analysis*.
Den Haag: Mouton, 1970.
- Mosteller, F. Association and estimation in contingency
tables. *J.A.S.A.*, 1968, 63, 1-28.
- Overall, B. & Aronson, H. Expectations of psychotherapy in
patients of lower socioeconomic class. *Am.J.Orthopsychia-*
try, 1963, 33, 421-422.
- Peterfreund, E. & Franceschini, E. On information, motivation
and meaning. In: B.B. Rubinstein (ed.), *Psychoanalysis*
and contemporary science, V.II, p. 220-262, 1973.
- Rado, S. Relationship of short-term treatment to developmental
stages of motivation and stages of treatment behavior.
In: L.R. Wolberg (ed.), *Short term psychotherapy*, p.
67-83. New York: Grune and Stratton, 1965.
- Rogers, C.R. & Dymond, R.F. *Psychotherapy and personality*
change. Chicago: University, 1954.
- Rosenthal, D. & Frank, J.D. Psychotherapy and the placebo
effect. *P.B.*, 1956, 53, 294-302.
- Rotter, J.B. *Social Learning and clinical psychology*.
Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1954.
- Sandler, J., Dare, Chr. & Holder, A. *The patient and the*
analyst. London: Allen & Unwin, 1971.
- Schmitz, P.I.M. Methoden voor case-control onderzoek. I.
Opzet. T.Soc.Gen., 1981, 59, 245-251.
- Schmitz, P.I.M. & Verbeek, A. Loglineaire, logit- en logis-
tische modellen: een introductie. *Kwantitatieve methoden*,
1981, 1, 132-142.
- Schofield, W. *Psychotherapy, the purchase of friendship*.
Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1964.
- Sifneos, P.E. The motivational process: a selection and prog-
nostic criterion for psychotherapy of short duration.
Psychiat.Quart., 1968, 42, 271-280.
- Sifneos, P.E. Change in patients' motivation for psycho-
therapy. *Am.J.Psychiatry*, 1971, 128, 718-721.

- Sifneos, P.E. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*.
Cambridge, Mass.: Harvard, 1972.
- Solomon, R.C. Freud and Unconscious Motivation. *J. Theory Soc.Behav.*, 1974, 4, 191-216.
- Strupp, H.H. On the technology of psychotherapy. *Arch.Gen. Psychiatry*, 1972, 26, 270-278.
- Stufkens, P.E. *Een introductiecursus voor psychotherapie*.
Utrecht: dissertatie, 1977.
- Swaan, A. de, *Sociologie van de psychotherapie (deel 2): Het Spreekuur als opgave*. Utrecht: Spectrum, 1979.
- Thiel, J.H. *Codex Medicus (7e druk), hoofdstuk Psychiatrie*.
Amsterdam: Agon Elsevier, 1981.
- Thiel, J.H. *Onechtheid; onderzoek naar betekenis en gebruik van het begrip onechtheid in een psychiatrische kliniek*.
Meppel: Boom, 1970.
- Torgerson, W.S. *Theory and methods of scaling*. New York: Wiley, 1958.
- Wallerstein, R.S. & Robbins, L.L. The psychotherapy research project of the Menninger Foundation. *Bull.Menn.Clin.*, 1956, 20, 239-262.
- Weiner, B. *Human motivation*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1980.
- Westerlaak, J.M., Kropman, J.A., & Collaris, J.W.M. *Beroepenklapper*. Nijmegen: Inst.Toegesp.Soc., 1975.
- Wilkins, W. Expectancy of therapeutic gain: an empirical and conceptual critique. *J. Consult.Clin.Psychol.*, 1973a, 40, 69-77.
- Wilkins, W. Client's expectancy of therapeutic gain: evidence for the active role of the therapist. *Psychiatry*, 1973b, 36, 184-190.
- Winnicott, D.W. The development of the capacity for concern. *Bull.Menn.Clin.*, 1963, 27, 167-176.
- Woolf, B. On estimating the relation between blood group and disease. *Ann.Hum.Genet.*, 1955, 19, 251-253.

- Zitman, F.G. Motivatie voor psychotherapie. *T.v.Psychiatrie*,
1978, 20, 339-346.
- Zucker, H. *Problems of Psychotherapy*. New York: Macmillan,
1967.

BIJLAGE

BEOORDELING MOTIVATIE VOOR PSYCHOTHERAPIE



H.J. Duivenvoorden

Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Geneeskunde
Afd. Psychotherapie en
Medische Psychologie
Dr. Molewaterplein 40
Rotterdam

INTRODUCTIE

Deze vragenlijst is bedoeld om inzicht te krijgen in de door de therapeut beoordeelde gemotiveerdheid van de patiënt voor psychotherapie.

Op de volgende bladzijden zijn een aantal vragen c.q. uitspraken vermeld. Hierachter staan de antwoordmogelijkheden.

VOORBEELD: Is patiënt geïnteresseerd in wat de
therapeut vertelt? ja/dubieus/nee/weet niet

Indien u vindt dat patiënt geïnteresseerd is in wat de therapeut vertelt, wilt u dan antwoordmogelijkheid "ja" omcirkelen. Indien u vindt dat patiënt daarin niet geïnteresseerd is, dan gaarne antwoordmogelijkheid "nee" omcirkelen. Mocht u twijfels hebben of de patiënt wel of niet geïnteresseerd is in wat de therapeut vertelt, wilt u dan antwoordmogelijkheid "dubieus" omcirkelen. U mag van antwoordmogelijkheid "weet niet" (w.n.) gebruik maken, indien u eigenlijk geen idee heeft of de patiënt al dan niet geïnteresseerd is.

Sommige vragen c.q. uitspraken dienen op een andere wijze beantwoord te worden; de beantwoording van deze blijft eenvoudig.

Denk vooral niet te lang na bij het invullen van de vragenlijst en sla geen enkele vraag c.q. uitspraak over!

	jaar	maand	dag
A. ALGEMENE GEGEVENS	DATUM:		
1. - THERAPEUT
- PATIENT NR. (niet invullen svp)			...
2. GESLACHT: man			1
vrouw			2
3. LEEFTIJD: (in jaren svp)			...
4. OPLEIDING:			
BLO, LOM, of vergelijkbare opleiding			1
LO, basisschool, of vergelijkbare opleiding			2
(M)ULO, MAVO, of vergelijkbare opleiding			3
Gymnasium, Atheneum, HBS, HAVO, of vergelijkbare opleiding			4
Universiteit, Hogeschool, HTS of vergelijkbare opleiding			5
5. BEROEP (functie): wat voor soort werk doet patiënt?			...
.....			
.....			
6. Is patiënt eerder onder behandeling van een psychiater c.q. psycholoog geweest?	ja/nee/weet niet*		
Indien ja, gedurende welke periode(n) van zijn leven?			
.....			
.....			
7. VERWIJZING: huisarts			01
zenuwarts/polikliniek			02
psycholoog			03
andere specialisten			04
U.P.B. (Bureau Universiteitspsychologen)			05
S.P.D.			06
A.G.G.Z./M.O.B./L.G.M./Rutgersst./.....			07

*) in het vervolg: w.n.

Medewerker I.M.P.	08
Eigen initiatief	09
Eigen initiatief en mede op advies van ..	10

8. a. Welke klachten uit de patiënt?

.....

b. Welke zijn volgens u de belangrijkste?

.....

9. Wilt u aangeven hoe erg patiënt onder zijn symptomen, klachten lijdt?

nauwelijks of niet _____ volstrekt ondraaglijk

- | | |
|---|-------------|
| 10. Patiënt heeft het gevoel aan het verkeerde adres te zijn | ja/nee/w.n. |
| 11. Patiënt loopt van de ene instantie naar de andere | ja/nee/w.n. |
| 12. Patiënt wil eigenlijk alleen een medice-
menteuze behandeling | ja/nee/w.n. |
| 13. Patiënt is ambivalent ten aanzien van
de vraag of hij van zijn symptomen,
klachten af wil | ja/nee/w.n. |
| 14. Sinds wanneer heeft patiënt problemen?
(gaarne in maanden invullen) | .. w.n. |
| 15. Patiënt heeft zich eerst laten infor-
meren over de mogelijkheden van behan-
deling op andere instituten alvorens
contact met u/uw instituut op te nemen | ja/nee/w.n. |
| 16. De patiënt heeft zich veel moeite ge-
troost met u/uw instituut in contact
te komen | ja/nee/w.n. |
| 17. Patiënt presenteert monotoon dezelfde
klachten | ja/nee/w.n. |

31. Patiënt kan de gedachtenstroom
soepel hanteren ja / nee / w.n.
32. Patiënt begrijpt wat er met hem
aan de hand is ja / nee / w.n.
33. Patiënt is in staat tot het
aangaan van bestendige,
gevoelsdiepe contacten ja / nee / w.n.
34. Patiënt kan zijn gevoelens en
gedachten adequaat verbaliseren ja / nee / w.n.
35. Patiënt klampt zich vast aan
traumatische ervaringen uit
het verleden ja / nee / w.n.
36. Patiënt heeft de belangrijkste
crises in zijn leven adequaat
het hoofd geboden ja / nee / w.n.

D. Deze vragen in trefwoorden c.q. adjectieven beantwoorden,
s.v.p.!

Hoe is patiënt's gelaatsexpressie?

Hoe karakteriseert u houding en beweging van de patiënt?

Hoe is patiënt gekleed?

E.

1. Zou u met de patiënt kunnen
samenwerken? ja / dubieus / nee
2. Denkt u dat patiënt met u zou
willen samenwerken? ja / dubieus / nee
3. Heeft u het gevoel dat u de
patiënt begrijpt? ja / dubieus / nee
4. Voelt u zich tot de patiënt
aangetrokken? ja / dubieus / nee

5. Heeft u het gevoel dat u een echt contact met de patiënt heeft gehad? ja / dubieus / nee

6. Denkt u dat u een goed beeld van de problemen van patiënt heeft? ja / dubieus / nee

7. Hoe zijn uw gevoelens t.o.v. patiënt? positief/neutraal/negatief

8. Heeft u het gevoel dat patiënt weliswaar gekomen is voor hulp, maar eigenlijk al weer weg is? ja / nee

9. Is er sprake van buitensporig sterke afweer? Zo ja, welke? ja / nee / w.n.
.....
(gaarne in volgorde van belangrijkheid)

10. Is patiënt bereid actief aan de behandeling mee te werken? ja / nee / w.n.

11. Is patiënt bereid een werkbaar contract te accepteren in het kader van een bepaalde therapeutische methode? ja / nee / w.n.

12. Is patiënt bereid zich te houden aan de door u gewenste voorwaarden voor psychotherapie? ja / nee / w.n.

13. Is patiënt bereid zich te houden aan de door u noodzakelijk geachte voorwaarden voor psychotherapie? ja / nee / w.n.

14. Hoe zijn de verwachtingen van de patiënt t.a.v. psychotherapie als methode in het algemeen? hoog/gematigd/laag/w.n.

15. Hoe zijn de verwachtingen van de patiënt t.a.v. de resultaten van therapie? hoog/gematigd/laag/w.n.
16. De bereidheid om financiële offers te brengen is: hoog/gematigd/laag/w.n.

F.

1. Indien u aan de patiënt voorgesteld heeft op een andere tijd dan volgens afspraak met u te praten, maakte patiënt daar gebruik van? ja / nee / n.v.t.
2. Is patiënt wel eens te laat voor zijn afspraak? ja / nee / n.v.t.
3. Heeft patiënt wel eens een afspraak afgezegd of deze uitgesteld? ja / nee / n.v.t.
4. Praat patiënt openhartig met u over zijn gevoelens? ja / nee / w.n.
5. Indien u een opmerking maakt over zijn gevoelens, gaat patiënt daarop in? ja / nee / w.n.
6. Bespreekt patiënt zijn gevoelens, zelfs wanneer het hem angst, schaamte of verlegenheid oplevert? ja / nee / n.v.t.
7. Wanneer het interview onderbroken wordt (vanwege bv. een telefoontje) neemt patiënt dan onmiddellijk de draad weer op? ja / nee / n.v.t.
8. Weet patiënt zich duidelijk te herinneren wat in voorgaande interviews ter sprake is geweest? ja / nee / n.v.t.

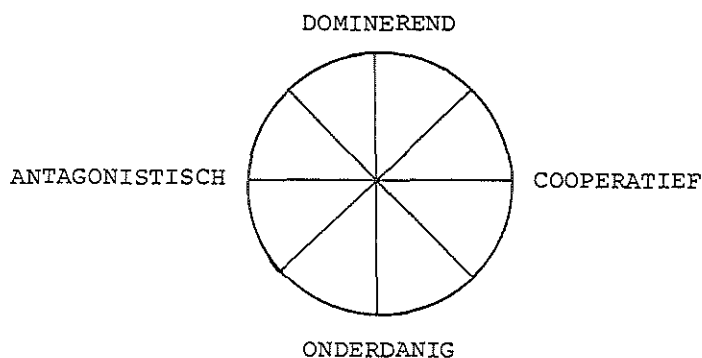
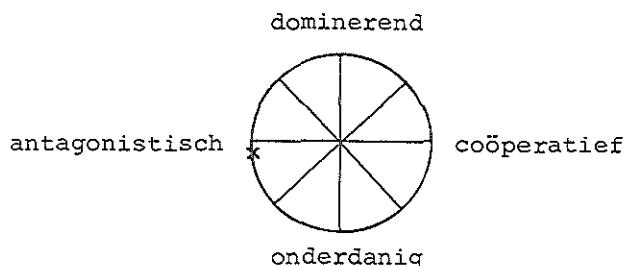
9. Heeft u het gevoel dat patiënt u relevante informatie over zijn problemen en situatie onthoudt? ja / dubieus / nee
10. Wanneer patiënt ongeduldig of gefrustreerd wordt, is hij dan nog in staat uw vragen te beantwoorden? ja/dubieus/nee/w.n.
- G. In dit gedeelte staat een reeks adjectieven vermeld. Welke impressies heeft u van de patiënt t.a.v. deze adjectieven?
- | | |
|-------------------|-------------|
| 1. afstandelijk | ja/nee/w.n. |
| 2. toegeeflijk | ja/nee/w.n. |
| 3. aangenaam | ja/nee/w.n. |
| 4. impulsief | ja/nee/w.n. |
| 5. receptief | ja/nee/w.n. |
| 6. eerlijk | ja/nee/w.n. |
| 7. open | ja/nee/w.n. |
| 8. emotioneel | ja/nee/w.n. |
| 9. primair | ja/nee/w.n. |
| 10. actief | ja/nee/w.n. |
| 11. afhankelijk | ja/nee/w.n. |
| 12. resoluut | ja/nee/w.n. |
| 13. kritisch | ja/nee/w.n. |
| 14. ambivalent | ja/nee/w.n. |
| 15. onzeker | ja/nee/w.n. |
| 16. onecht | ja/nee/w.n. |
| 17. volhardend | ja/nee/w.n. |
| 18. aantrekkelijk | ja/nee/w.n. |
| 10. weerbarstig | ja/nee/w.n. |
| 20. coöperatief | ja/nee/w.n. |
| 21. sensitief | ja/nee/w.n. |
| 22. intelligent | ja/nee/w.n. |
| 23. gekunsteld | ja/nee/w.n. |
| 24. week | ja/nee/w.n. |

25. beheerst	ja/nee/w.n.
26. eerzuchtig	ja/nee/w.n.
27. besluiteloos	ja/nee/w.n.
28. evenwichtig	ja/nee/w.n.
29. weifelend	ja/nee/w.n.
30. onbezonnen	ja/nee/w.n.
31. wispelturig	ja/nee/w.n.
32. verantwoord	ja/nee/w.n.
33. flexibel	ja/nee/w.n.
34. verdraagzaam	ja/nee/w.n.
35. dom	ja/nee/w.n.
36. oprecht	ja/nee/w.n.
37. geïrriteerd	ja/nee/w.n.
38. geïnvolveerd	ja/nee/w.n.
39. aarzelend	ja/nee/w.n.
40. rusteloos	ja/nee/w.n.
41. succesvol	ja/nee/w.n.
42. zwaar op de hand	ja/nee/w.n.
43. rigide	ja/nee/w.n.
44. ongeduldig	ja/nee/w.n.
45. angstig	ja/nee/w.n.
46. moedig	ja/nee/w.n.
47. volwassen	ja/nee/w.n.
48. overdreven	ja/nee/w.n.
49. zelfstandig	ja/nee/w.n.
50. vreemd	ja/nee/w.n.
51. labiel	ja/nee/w.n.
52. chaotisch	ja/nee/w.n.
53. competitief	ja/nee/w.n.
54. boeiend	ja/nee/w.n.
55. onderdanig	ja/nee/w.n.
56. niet emotioneel	ja/nee/w.n.
57. passief	ja/nee/w.n.
58. achterdochtig	ja/nee/w.n.
59. sympathiek	ja/nee/w.n.
60. toegankelijk	ja/nee/w.n.

61. betrouwbaar	ja/nee/w.n.
62. beweeglijk	ja/nee/w.n.
63. optimistisch	ja/nee/w.n.
64. gesloten	ja/nee/w.n.
65. ongedurig	ja/nee/w.n.
66. serieus	ja/nee/w.n.
67. ontspannen	ja/nee/w.n.
68. brutaal	ja/nee/w.n.
69. somber	ja/nee/w.n.
70. secundair	ja/nee/w.n.

Wilt u door middel van een kruisje op de cirkel aangeven welk indruk u van de patiënt heeft. Voorbeeld: indien volgens u patiënt zich onderdanig gedraagt, maar *vooral* tegenwerkt, zet u een kruisje op de lijn onmiddellijk onder *antagonistisch*.

VOORBEELD:



H.

1. Denkt u dat secundaire ziekte-
winst substantieel toeneemt in-
dien patiënt in behandeling ge-
nomen wordt? ja/nee/w.n.
Indien ja, zodanig dat dit reden
voor contra-indicatie is? ja/dubieus/nee
2. Is er een strijdigheid tussen
gretigheid van nu om in therapie
te gaan en de ernst van de pro-
blemen van gisteren? ja/nee/w.n./n.v.t.
3. Denkt u dat motivatie van van-
daag ook die van morgen zal zijn? ja/nee/w.n.
4. Reageert patiënt adequaat op een
voorstel dat anders is dan hij
verwacht heeft? ja/nee/n.v.t.
5. a. Hoe stelt u de prognose indien geen
therapie wordt toegepast?
 - nauwelijks of geen vooruitgaan te verwachten 1
 - redelijke vooruitgang te verwachten 2
 - (zeer) sterke vooruitgang te verwachten 3
 - n.v.t. 9
- b. Indien u geen indicatie ziet voor behandeling,
kunt u een alternatief formuleren?
 - residentiële behandeling
 - behandeling bij andere a.g.g. instelling
 - polikliniek
 - S.P.D.
 - andere
6. Was patiënt gemotiveerd voor
onderzoek? ja/dubieus/nee
7. Is patiënt, hoe dan ook, gemoti-
veerd voor een therapeutische be-
handeling? ja/nee

- Hoe zeker bent u daarvan?%
8. a. Is patiënt gemotiveerd voor
een bepaalde therapie? ja/nee
Indien ja, welke?
.....
(evt. meerdere invullen)
Hoe zeker bent u daarvan?%
- b. Dat patiënt al dan niet gemo-
tiveerd is, is manifest ("overt") 1
bedekt ("covert") 2
9. a. Na hoeveel gesprekken had u
voor het eerst een indruk
van patiënt's gemotiveerdheid ...
- b. En hoe was deze? positief 1
negatief 2
10. a. Heeft u de patiënt besproken
in de intake/onderzoekstaf? ja/nee
- b. Indien ja, waren de overige
stafleden het met u eens in-
zake de gemotiveerdheid van
patiënt? ja/nee/n.v.t.
11. Indien patiënt niet gemotiveerd
mocht zijn denkt u dat hij te
motiveren is? ja/nee/n.v.t.
12. Indien sprake is van gemotiveerd-
heid, is deze bestendig? ja/dubieus/nee/n.v.t.
13. Bij welke behandelingsmethode(n)
zou patiënt volgens u het meeste
baat hebben?
.....
.....
.....
14. Is therapie geïndiceerd? ja/nee

18. Patiënt formuleert zijn bezwaren als:

alleen	hoofdz.	beide	hoofdz.	alleen
klachten	klachten	gelijk	problemen	problemen

B. Hieronder treft u een aantal uitspraken aan. De bedoeling is dat u op elke uitspraak drie antwoorden geeft, nl. wat de patiënt *volgens u* wenst/verwacht, en of u geneigd zou zijn op deze wens resp. verwachting in te gaan.

	wens (patiënt)	verwachting (patiënt)	neiging erop in te gaan (therapeut)
1. Suggesties voor oplossing c.q. vermindering van problemen	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n./n.v.t.
2. Door behandeling (meer) inzicht in eigen psychisch functioneren	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n./n.v.t.
3. Vaardigheden teneinde in interpersoonlijke contacten (meer) adequaat te functioneren	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n./n.v.t.
4. Door behandeling vermindering van het (psychisch) lijden	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n./n.v.t.
5. Door behandeling komt een einde aan een onhoudbare situatie	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n./n.v.t.
6. Therapeut neemt voor patiënt beslissingen	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n./n.v.t.
7. Therapeut fiatteert beslissingen van patiënt	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n./n.v.t.
8. Patiënt wordt door behandeling ontslagen van een vervelende of moeilijke sociale verplichting (werk, mil. dienst bijv.)	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n.	ja/nee/w.n./n.v.t.

9. Patiënt verkrijgt door behandeling inzicht in ontstaan en instandhouding van huidige problemen ja/nee/w.n. ja/nee/w.n. ja/nee/w.n./n.v.t.
10. De partner wordt in de behandeling betrokken ja/nee/w.n. ja/nee/w.n. ja/nee/w.n./n.v.t.
11. Het gezin wordt in de behandeling betrokken ja/nee/w.n. ja/nee/w.n. ja/nee/w.n./n.v.t.
12. Patiënt moet aan zijn eigen problemen werken ja/nee/w.n. ja/nee/w.n. ja/nee/w.n./n.v.t.
13. Andere: ja/nee/w.n. ja/nee/w.n. ja/nee/w.n./n.v.t.
.....
14. ja/nee/w.n. ja/nee/w.n. ja/nee/w.n./n.v.t.

C. Bij onderstaande uitspraken alleen van antwoordmogelijkheid 'weet niet' (w.n.) gebruik maken indien u absoluut niet kunt kiezen tussen de andere mogelijkheden.

1. Patient weet realiteit van fantasie te onderscheiden ja / nee / w.n.
2. Patiënt heeft inzicht in eigen aandeel van zijn problemen ja / nee / w.n.
3. Patiënt durft persoonlijke zaken aan anderen toe te vertrouwen ja / nee / w.n.
4. Patiënt durft een confrontatie met zichzelf aan ja / nee / w.n.
5. Patiënt denkt dat zijn problemen verband houden met zijn gevoelsleven ja / nee / w.n.
6. Patiënt durft het aan afhankelijk te zijn van anderen ja / nee / w.n.

7. Patiënt gedraagt zich tegenover de therapeut minachtend en denigrerend ja / nee / w.n.
8. Patiënt ziet in dat hij een eigen verantwoordelijkheid heeft t.a.v. de oplossing c.q. leniging van zijn problemen ja / nee / w.n.
9. Patiënt heeft althans één stabiele, interpersoonlijke relatie opgebouwd ja / nee / w.n.
10. Patiënt kan in psychologische termen denken ja / nee / w.n.
11. Patiënt relateert zijn klachten aan zijn voorgeschiedenis ja / nee / w.n.
12. Patiënt ervaart de klachten als iets wat aan hem gebeurt ja / nee / w.n.
13. Patiënt is zijn problemen na een aantal sessies anders gaan percipiëren en interpreteren ja / nee / w.n.
14. Patiënt is mentaal voorbereid op therapie ja / nee / w.n.
15. Patiënt heeft veel over zijn levensgeschiedenis nagedacht ja / nee / w.n.
16. Angsttolerantie van patiënt is: hoog/gematigd/laag/w.n.
17. Frustratietolerantie van patiënt is: hoog/gematigd/laag/w.n.
18. Patiënt heeft moeite om over belangrijke beslissingen te praten ja / nee / w.n.
19. Patiënt is emotioneel volwassen ja / nee / w.n.

20. Patiënt heeft in de verschillende levensfasen een eigen leven opgebouwd ja / nee / w.n.
21. Patiënt heeft het vermogen nieuwe informatie over zijn functioneren in te passen in het bestaande ja / nee / w.n.
22. Patiënt is in staat tot het leggen van blijvende gevoelsrelaties ja / nee / w.n.
23. Patiënt is geïnteresseerd in gevoelens en gedachten van anderen t.o.v. hemzelf ja / nee / w.n.
24. Patiënt beleeft zichzelf of de omgeving als iets onwerkelijks ja / nee / w.n.
25. De wijze waarop patiënt spreekt over zijn gevoelens van falen en onmacht is in strijd met de realiteit ja / nee / w.n.
26. Gevoelens van angst worden geloofchend ja / nee / w.n.
27. Patiënt meent dat de moeilijkheden voornamelijk veroorzaakt worden door de omgeving ja / nee / w.n.
28. Patiënt heeft het vermogen tot zelfreflectie ja / nee / w.n.
29. Patiënt weet zich aan veranderende omstandigheden adequaat aan te passen ja / nee / w.n.
30. Patiënt kan objectiverend praten over zijn klachten en problemen en deze tegelijkertijd als angstig ervaren ja / nee / w.n.

15. Indien therapie geïndiceerd is,
welke behandelingsmethode(n) is
(zijn) voorgesteld?
.....
.....
n.v.t. 9
16. Indien therapie geïndiceerd is,
hoe zijn uw prognoses t.a.v. de
therapie-uitkomsten?
(gaarne het juiste antwoord omcirkelen)
- nauwelijks of geen vooruitgang te verwachten 1
 - redelijke vooruitgang te verwachten 2
 - (zeer) sterke vooruitgang te verwachten 3
 - n.v.t. 9
17. Hoeveel tijd zou bovenomschreven aanpak vergen? ..
(gaarne in maanden)
18. Heeft patiënt voorstellen geaccepteerd? ja/nee
Indien ja, na lang aarzelen? 1
- geen alternatief 2
 - anders: 3
19. Indien een bepaalde therapie
geïndiceerd is, hoe lang is de
wachttijd? ../w.n.
(invullen in weken s.v.p.)
Vindt de patiënt dit vervelend? ja/nee/w.n.
20. Hoeveel gesprekken heeft u met
de patiënt gehad, alvorens de
indicatie te stellen? ..
(gaarne exact invullen)

De auteur van dit proefschrift werd geboren op 21 november 1945 te Leiden. Na het behalen van het eindexamen HBS-A liet hij zich in 1965 inschrijven aan de Rijksuniversiteit te Leiden, subfaculteit Psychologie. Het kandidaatsexamen in de psychologie werd aldaar in 1968 afgelegd, en het doctoraal examen in maart 1972.

Assistentenschappen werden verricht aan het Strafrechtelijk en Kriminologisch Instituut (hoofd: Prof.Mr. W.H. Nagel) van Rijksuniversiteit Leiden (periode: van 1-2-1970 tot 1-7-1970) en aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde (hoofd: Prof.Dr. P. Muntendam) van de Rijksuniversiteit te Leiden (periode: van 1-11-1970 tot 31-3-1972).

De auteur is wetenschappelijk ambtenaar in tijdelijke dienst geweest van de afdeling Rechtssociologie (hoofd: Prof.Dr. P. Vinke) aan de Rijksuniversiteit te Leiden (periode: van 1-3-1972 tot 31-11-1972). Sedert februari 1973 is hij verbonden aan de afdeling Psychotherapie (hoofd: Prof.Dr. J.H. Thiel) in nauwe samenwerking met de afdeling Medische Psychologie (hoofd: Prof.Dr. F. Verhage), Faculteit der Geneeskunde van de Erasmusuniversiteit Rotterdam: eerst als wetenschappelijk medewerker, later (sinds 1-1-1981) als wetenschappelijk hoofdmedewerker.